Nr. 43. 25. października 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Aleksander KRAUSE. Warszawa.

W sprawie napięcia układu nerwowego wegetatywnego w stanach tarczycowych (*thyreoidismus*).

(Z oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie).

W marcowym zeszycie Archives des maladies du coeur w 1923 r. Daniélopolu i Carniol podali opis nowej metody badania układu nerwowego wegetatywnego zapomocą zastrzykiwań dożylnych atropiny — próba ta daje możność określania bezwzględnego napięcia zarówno nerwu współczulnego, jak i błędnego oddzielnie. Badania wymienionych autorów wykazały bowiem, że działanie atropiny na n. współczulny jest znikome, wyłącznie zaś działa ona porażająco na n. błędny; zastrzykując zatem w dostatecznej dawce atropinę dożylnie, można osiągnąć zupełne porażenie n. błędnego, co w układzie naczyniowym znajduje swój wyraz w przyśpieszeniu tętna. Np. normalna liczba tętna 70 jest wynikiem działania przeciwniczego n. współczulnego i błędnego. Po całkowitem porażeniu n. błędnego zapomocą atropiny, osiąga się maksymalne przyśpieszenie tętna do 120 uderzeń na 1'. Liczba ta wykrywa bezwzględne napięcie n. współczulnego. Różnica zaś między 120-ma i pierwotną liczbą uderzeń 70 tj 50 jest miarą bezwzględnego napięcia n. błędnego. W celu stwierdzenia, czy n. błędny został zupełnie porażony, można stosować odruch oko-sercowy, ucisk na n. błędny na szyi i próbę ortostatyczną. Ta ostatnia jest najczulszą, najpewniejszą i prostą w wykonaniu. Po osiągnięciu maksymalnego przyśpieszenia tętna (n. p. 120) w pozycji leżącej badany osobnik wstaje — liczba uderzeń tętna wzrasta (do 130—140) wskutek pobudliwości n. współczulnego. Jeżeli wówczas chory znowu położy się, to w razie porażenia n. błędnego tętno winno wrócić do liczby poprzedniej (120). Natomiast zaś jeżeli nerw błędny był niezupełnie porażony, tętno zwalnia się przez czas jakiś (20 sek.) poniżej pierwotnej liczby uderzeń (np. do 110). To wtórne zwolnienie tętna autorzy mianują objawem klinostatycznego zwolnienia tętna, który świadczy o niezupełnem porażeniu n. błędnego i wymaga dalszych zastrzykiwań atropiny.

Poza 2-ma liczbami, określającemi ilościowo napięcie n. współczulnego i błędnego, próba ta w ten sposób określa dawkę atropiny, którą należy wstrzyknąć dożylnie, aby otrzymać zupełne porażenie n. błędnego. Poza tem próba wykrywa dane mające drugorzędne znaczenie, a mianowicie:

1) przyśpieszenie tętna wskutek ortostatyzmu bez zadziałania atropiny na n. błędny (tachykardja ortostatyczna bez atropiny),

2) przyśpieszenie tętna w pozycji stojącej po porażeniu n. błędnego (tachykardja ortostatyczna po atropinie) — oba te zjawiska zależą od stopnia pobudliwości n. współczulnego, oraz 3) przyśpieszenie tętna po małej ($^1/_2$ mlgr) dawce atropiny, niewywołującej zupełnego porażenia n. błędnego.

Na zasadzie wyników próby atropinowej i ortostatycznej autorzy dzielą stany chorobowe układu nerwowego wegetatywnego na hipertonję i hipotonję wegetatywną. W hipertonji mogą ulec wzmożonemu napięciu oba nerwy przeciwnicze (amfotonja), bądź też jeden z nich (sympatyko-ew. wagotonja).

W stanach hipotonji wegetatywnej rozróżniamy podobnie hipoamfotonję, hipowagotonję i hiposympatykotonję.

Napięcie n. współczulnego i błędnego u zdrowych waha się w granicach następujących:

Napięcie n. współczulnego — 116—128 (średnio 124); napięcie n. błędnego, zahamowanie tętna o 48—58 uderzeń (średnio 52); dawka atropiny, porażająca n. błędny wynosi $1^1/_2$ mlgr.

O korzyści praktycznej, wynikającej ze stosowania tej metody badania dla dokładniejszego wyjaśnienia obrazu klinicznego, czy też dla ugruntowania właściwego leczenia w różnych cierpieniach (przewodu pokarmowego, sercowych itp.) mam zamiar wypowiedzieć się wkrótce, na zasadzie obszerniejszego materjału, spostrzeganego od 1923 roku. W niniejszem zaś doniesieniu podaję jedynie wyniki badań, dokonanych w przypadkach zespołów tarczycowych. Spostrzeżenia moje dotyczą 3-ch chorych, dotkniętych chorobą Basedowa, 2-ch z objawami wyraźnego przedrażnienia tarczycy oraz 5-ciu przypadków rzekomo bazedowicznej postaci gruźlicy płuc *(thyreotuberculosis)*.

Spostrzeżenie I-sze dotyczyło osoby 42-letniej z umiarkowanemi objawami sercowemi i drżeniem kończyn, nieznaczną limfocytozą, przy jaskrawym zespole objawów ocznych (gałki oczu błyszczące; dość wyraźny wytrzeszcz; Stellwag, Moebius (+); Graefe (—); Darlymple — słabo dodatni; Jellinek — ujemny) i ze znacznem powiększeniem i tętnieniem gruczołu tarczowego. Badania pomocnicze wykazały: Odczyn Kottmana*): początek odczynu — $6^1/_2$', koniec odczynu — 20'. Zawartość wapnia we krwi 105 mlgr.‰ (metoda de Waarda — norma 110—120 mlgr). Badanie układu nerwowego wegetatywnego wykazuje sympatykotonję: napięcie n. współczulnego — 132; napięcie n. błędnego 52, dawka atropiny, porażająca nerw błędny — $1^1/_2$ mlgr.; tachykardja ortostatyczna przed podaniem atropiny 94, tachykardja ortostatyczna po porażeniu n. błędnego — 144, dawka $^1/_2$ mlgr. atropiny przyśpiesza tętno do 106 uderzeń. Chora została skierowana do kliniki chirurgicznej, gdzie dokonano doszczętnej operacji, po której stan podmiotowy i przedmiotowy chorej znacznie się poprawił. Wykonany ponownie odczyn Kottmana wykazał: 3'—10'; zawartość wapnia wzrosła do 114 mlgr.‰.

Badanie układu nerwowego roślinnego wykazało obniżenie napięcia obydwóch nerwów przeciwniczych (hipoamfotonja): napięcie nerwu współczulnego — 114; napięcie nerwu błędnego — 38.

Spostrzeżenie II-gie dotyczyło 36-letniej chorej z objawami silnego zdenerwowania, pobudzenia (często płacz, śmiech), bezsenności, ogólnego osłabienia; częste bicie serca, silne pocenie się, rozwolnienia. Gruczoł tarczowy wyraźnie równomiernie powiększony, miękki. Wytrzeszcz b. nieznaczny: Moebius dodatni; Jellinek sł. dodatni; Graefe Stellwag, Darlymple — ujemny. Drżenie kończyn wybitne. Odczyn Kottmana znacznie opóźniony (35'—2 godz.). Zawartości wapnia we krwi 112 mlgr.‰. Badanie układu nerwowego wegetatywnego wykazało sympatykotonję; napięcie n. współczulnego — 144, napięcie n. błędnego — 56, dawka atropiny, porażająca n. błędny — $1^1/_2$ mlgr., tachykardja ortostatyczna bez atropiny — 102, po atropinie — 168.

Spostrzeżenie III-ie dotyczyło chorej 39 letniej, cierpiącej od lat 10-ciu na przykre dolegliwości sercowe, mającej od 4-ch lat coraz bardziej rosnące wole, wytrzeszcz, ostatnio gwałtownie chudnącej (w 6 tygodni strata 7 kg.). Przedmiotowo: gruczoł tarczowy znacznie powiększony, zwłaszcza prawy płat, dość twardy. Wytrzeszcz gałek ocznych bardzo duży. Moebius, Graefe, Stellwag dodatni. Drżenie kończyn wybitnie zaznaczone. Badanie krwi wykazuje leukopenję(3100) z limfocytozą (36%). Odczyn Kottmana znacznie opóźniony (początek — 15', koniec — około 3-ch godzin). Badanie układu nerwowego wegetatywnego — hipowagotonja.

Napięcie n. współczulnego — 120; napięcie n. błędnego 26, dawka atropiny, porażająca n. błędny, około $1^1/_2$ mlgr.; tachykardja ortostatyczna bez atropiny — 108; tachykardja ortostatyczna po porażeniu n. błędnego — 126; dawka $^1/_2$ mlgr. atropiny przyśpiesza tętno do 110.

Dla dokładności dodajemy, że chora miała szereg objawów zapalenia mięśnia sercowego.

Dwa następne spostrzeżenia dotyczą chorych z wybitnemi objawami przedrażnienia tarczycy, nie ukształtowanemi jednak w zespół choroby Basedowa, a mianowicie:

Spostrzeżenie IV. M. U., lat 48, wdowa — 27. I. 1924. — *Nephrosclerosis. Climax. Hyperthyreosis.* Choruje od 2-ch lat —

*) Wykonanie odczynu Kottmana: 1 c^3 surowicy+0,25 c^3 $^1/_2$% KJ+0,3c^3 $^1/_2$% $AgNO_3$; naświetlać 3 minuty lampą 500 Watt, dodać 0,5 c^3 $^1/_4$% Hydrochinonu. Następuje redukcja srebra; normalnie początek redukcji występuje po upływie 3-ch minut, koniec redukcji po upływie 7-miu minut. W przypadkach hipertyreozy redukcja srebra opóźnia się, w hipotyreozie przyśpiesza. Odczyn opiera się na zachwianiu równowagi koloidowej wskutek zaburzeń czynności gruczołu tarczowego. 1

osłabienie ogólne, spadek wagi, częste silne bicie serca, uderzenia do głowy, poci się łatwo, uporczywa bezsenność, znaczne podniecenie i zdenerwowanie. Niewielki wytrzeszcz, znaczny blask rogówek, brak innych objawów ocznych. Gruczoł tarczowy niepowiększony, drżenie palców wyraźnie zaznaczone. Tętno od 108 do 120. Ciśnienie tętn. maks. — 210, min. — 95, ciśnienie tętna = 115 mm Hg. Odczyn Kottmana: początek — 4', koniec — 14'.

Badanie układu nerwowego samorządnego: sympatykotonja.

Napięcie n. współczulnego — 160, napięcie n. błędnego 52, dawka atropiny, porażająca n. błędny — 1½ mlgr.

Spostrzeżenie V. A. O., lat 41. — 10. II. 1925. *Cholecystitis. Apicitis. Aortitis luetica. Pyelitis. Hyperthyreosis.*

Tarczyca wyraźnie powiększona, miękka, oczy błyszczące; lekki wytrzeszcz (Graefe, Stellwag, Moebius — wyraźnie zaznaczony), drżenie wyraźne. Wassermann ++, zawartość wapnia we krwi 95 mlgr. ‰. Odczyn Kottmana opóźniony (6'—20').

Badanie układu nerwowego wegetatywnego — amfotonja z wyraźną przewagą sympatykotonji: napięcie n. współczulnego 146, napięcie n. błędnego — 62; dawka atropiny poraż. n. błędny — 1½ mlgr., tachykardja ortostatyczna bez atropiny — 90, tachykardja ortostatyczna po atropinie — 164, dawka ½ mlgr. atropiny przyśpiesza tętno do 114 uderzeń.

Następne spostrzeżenia dotyczą grupy przypadków tarczycowej postaci gruźlicy płucnej. Postać ta wyodrębnia się swoistemi cechami klinicznemi, zależnemi od podrażnienia gruczołu tarczowego. Częstokroć już treść wywiadów naprowadza nas na prawidłowe rozpoznanie.

Nerwowość, skargi na zmęczenie, bicie serca, uczucie niepokoju, lęku, bezsenność lub naodwrót na senność, apatję, przygnębienie stanowią zwykle tarczycowy składnik tego cierpienia. Objawy fizykalne płucne są wyraźne, ale zazwyczaj niedaleko posunięte. Poza tem zwraca uwagę mniej lub więcej znaczne powiększenie tarczycy, dotyczące bądź całego gruczołu, bądź też jednego z jej płatów; ważne znaczenie mają objawy oczne — rozszerzenie szczeliny ocznej oraz źrenic, blask rogówek, lekki wytrzeszcz, obecność szczeliny między powieką dolną i rogówką. Ze strony narządu krążenia wysuwa się pobudliwość serca, szmery anemiczne na wierzchołku i na tętnicy płucnej; tętno przyśpieszone, zmienne co do częstości i napięcia. Badanie krwi wykazuje częstokroć niezbyt znaczną limfocytozę. Pod względem nerwowym stwierdzamy prawie stale wzmożenie odruchów ścięgnowych i skórnych oraz względnie często drżenie w kończynach dolnych i górnych.

Spostrzeżenie VI. S. R. lat 18. 9. III. 1925. *Thyreotuberculosis. Hypochylia gastrica. Neuralgia supra. et infraorbitalis.*

Nieznaczny wytrzeszcz, błyszczące oczy (Moebius dodatni, Graefe słabo dodatni, Stellwag, Jellinek ujemny); drżenie rąk wyraźne. Tarczyca-płat środkowy nieco powiększony. Odczyn Kottmana: początek 2½', koniec 8'; zawartość wapnia we krwi 92,5 mlgr. ‰.

Badanie układu nerwowego wegetatywnego: amfotonja. Napięcie n. współczulnego 144, napięcie n. błędnego 74, tachykardja ortostatyczna bez atropiny 84, tachykardja ortostatyczna po atropinie 156.

Spostrzeżenie VII. R. L., lat 22. 26. XI. 1923. *Thyreotuberculosis. Neuralgia intercostalis.*

Nieznaczne równomierne powiększenie gruczołu tarczowego. Błyszczące oczy, lekki wytrzeszcz, szczelinka między dolną powieką i rogówką, drżenie palców wyraźne. Krew: białych ciałek — 5.930, z nich limfocytów 33%. Odczyn Kottmana: początek 11', koniec 45'. Badanie układu nerwowego wegetatywnego, sympatykotonja: napięcie n. współczulnego 134, napięcie n. błędnego 54, dawka atropiny, porażająca n. błędny, około 2 mlgr., tachykardja ortostatyczna bez atropiny 96, tachykardja ortostatyczna po atropinie 144, dawka ½ mlgr. atropiny 90.

Spostrzeżenie VIII. Z. W. lat 23. 21. XI. 1923. *Thyreotuberculosis. Helminthiasis.*

Gruczoł tarczowy powiększony, lekki wytrzeszcz. Krew: białych ciałek 8.600, z nich limfocytów 32%. Odczyn Kottmana: początek 2', koniec 8'. Badanie układu nerwowego — sympatykotonja:

Napięcie n. współczulnego 150, napięcie n. błędnego 54, dawka atropiny, porażająca n. błędny, 1½ mlgr., tachykardja ortostat. bez atropiny 108, tachykardja ortostat. po atropinie 164, dawka ½ mlg. atropiny 120.

Spostrzeżenie IX. A. Z., lat 37. 21. XI. 1923. *Thyreotuberculosis. Ulcus duodeni.*

Gruczoł tarczowy powiększony, wielkości dużego jabłka, dość twardy. Krew: białych ciałek 6700, z nich limfocytów 51%. Odczyn Kottmana: 3½'—9'. Badanie układu nerwowego wegetatywnego — sympatykotonja: napięcie n. współczulnego 134, napięcie n. błędnego 56, dawka atropiny, porażająca n. błędny, 2 mlg., tachykardja ortostatyczna bez atropiny 100, tachykardja ortostatyczna po atropinie 144, dawka ½ mlgr. atropiny 104.

Spostrzeżenie X. P. Z. lat 21. 7. V. 1923. *Thyreotuberculosis. Neuralgia intercostalis.*

Wyraźne powiększenie gruczołu tarczowego, lekki wytrzeszcz, blask gałek ocznych, drżenie palców u rąk. Krew: białych ciałek 5500 przy braku limfocytozy. Odczyn Kottmana: 5'—14'. Badanie układu nerwowego samorządnego — nieznaczna hipowagotonja: napięcie n. współczulnego 116, napięcie n. błędnego 44, dawka atropiny, porażająca n. błędny, 1½ mlgr, tachykardja ortost. bez atropiny 92, tachykardja ortostatyczna po atropinie 132, dawka ½ mlgr. atropiny 78.

Zestawiając wyniki badań układu nerwowego wegetatywnego w powyższych 10-ciu przypadkach przedrażnienia tarczycy, stwierdzamy, iż tylko w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z prawdziwą amfotonją, wyrażającą się w zupełnie jednakowem przekroczeniu górnej granicy normy (o 16 uderzeń) zarówno dla n. współczulnego (S—144), jak i dla błędnego (V—74); w pozostałych 9-ciu przypadkach mieliśmy do czynienia z przewagą napięcia układu współczulnego: z nich w 6-ciu przypadkach była to czysta sympatykotonja (S—160, 150, 144, 134, 132, 132) przy normalnem napięciu n. błędnego (od 56 do 50), w jednym przypadku — sympatykotonja u amfotonika (S—146 zamiast 128, V—62 zamiast 58), w pozostałych 2-ch sympatykotonja tylko względna wskutek hipowagotonji (S—120, V—26; S—116, V—44). Wyprzedzając ogłoszenie całego mego materjału, dotyczącego 100 chorych, powyższe 10 spostrzeżeń zestawiłem z następujących powodów:

W ostatniej swej pracy [1]) Daniélopolu podaje, że na zasadzie prób farmakodynamicznych, dokonanych w jego klinice, można twierdzić, że zespół Basedowa nie jest sympatykotoniczny, lecz amfotoniczny.

Wzmożenie napięcia dotyczy zatem nie tylko wyłącznie n. współczulnego, lecz i grupy przeciwniczej n. błędnego. Przytem u każdego basedowika napięcie nerwów wegetatywnych przeważa w pewnych narządach w zakresie n. współczulnego, w innych odbija się na n. błędnym. Daniélopolu ujmuje to zjawisko w prawidło: w przypadkach amfotonji wzmożenie napięcia w poszczególnych narządach dotyczy grupy nerwów pobudzających: w sercu jest nią nerw współczulny, w przewodzie pokarmowym n. błędny.

Tymczasem jak widać z mego skromnego materjału z 10 ciu zbadanych chorych tylko u dwóch stwierdziliśmy amfotonję, przytem jedną czystą, drugą zaś z przewagą sympatykotonji. W pozostałych 8-miu przypadkach: u 5-ciu chorych n. błędny miał tylko normalne napięcie (56, 56, 54, 52, 52, 50), a w 2-ch nawet przypadkach napięcie jego było zmniejszone (44, 26).

Nie ulega, zdaje się, wątpliwości, że zachowanie się poszczególnych części układu nerwowego wegetatywnego jest nietylko u różnych ras, ale i u różnych narodów i u mieszkańców różnych stref bardzo różnorodne.

Dlatego też nie wyprowadzając na zasadzie swego materjału żadnych wniosków ogólnych, mniemamy jednak, iż jesteśmy na jego zasadzie upoważnieni do twierdzenia, że wyniki naszych badań podważają powyżej streszczone twierdzenie Daniélopolu, podniesione przez niego nawet do stopnia ogólnego prawa, i pozwalają nam twierdzić, że w naszym materjale szpitalnym najczęstszą cechą nerwową stanów przedrażnienia tarczycy jest właśnie sympatykotonja.

Do innych cech tego cierpienia, dających się wykryć zapomocą pracowanianych sposobów badania należy, jak wiadomo, wzrost podstawowej przemiany materji (Marcel Labbé, Stévenin, Nepveux [2]), którego, niestety, nie mogliśmy badać, przecukrzenie krwi odnośnych chorych, o którem inny z kolegów oddziału we właściwym czasie ogłosi, oraz opóźniony odczyn fotochemiczny krwi Kottmana, przerabiany na oddziale od lat 3-ch na znaczniejszej liczbie chorych. W niektórych przypadkach, stanowiących podstawę niniejszej notatki, opóźnienie to może nie występowało jaskrawo dla szeregu innych czynników współistniejących, które wymagałyby w każdym poszczególnym przypadku głębszej analizy. Z 10-ciu przypadków takich mieliśmy trzy (spostrz. VI, VIII, IX).

[1]) Bull. Soc. méd. Hôp. 19. II. 1925. str. 234—239.
[2]) Bull. Soc. med. Hôp. 9. VI. 1922, str. 902—909.

W innych z nich opóźnienie tej próby nie ulegało wątpliwości, chociaż otrzymane liczby nie uderzały swoją jaskrawością (spostrz. I, IV, V, X); wreszcie w 3-ch otrzymane liczby były nader jaskrawe (spostrz. VII. 11'—45'; spostrz. III. 15'—180'; spostrz. II. 35'—120').

W końcu zaznaczę, że inne twierdzenie Daniélopolu[3]) o wpływie zmian miejscowych w narządach na stan ich napięcia wegetatywnego tłumaczy nam, zdaje się, nieznaczne przyśpieszenie tętna (do 120) w przypadku trzecim. Cierpienie narządów, ostre lub przewlekłe, wywołując zmiany w miąższu, w ośrodkach automatycznych, w zakończeniach nerwów, powoduje miejscowo zmiany w napięciu nerwów samorządnych. Mięsień sercowy o zmniejszonej kurczliwości wskutek zmian zapalnych odpowiedział w naszym przypadku na pobudkę n. współczulnego znacznie słabiej.

Jerzy KIPMAN, Warszawa.
Andrzej BIERNACKI.

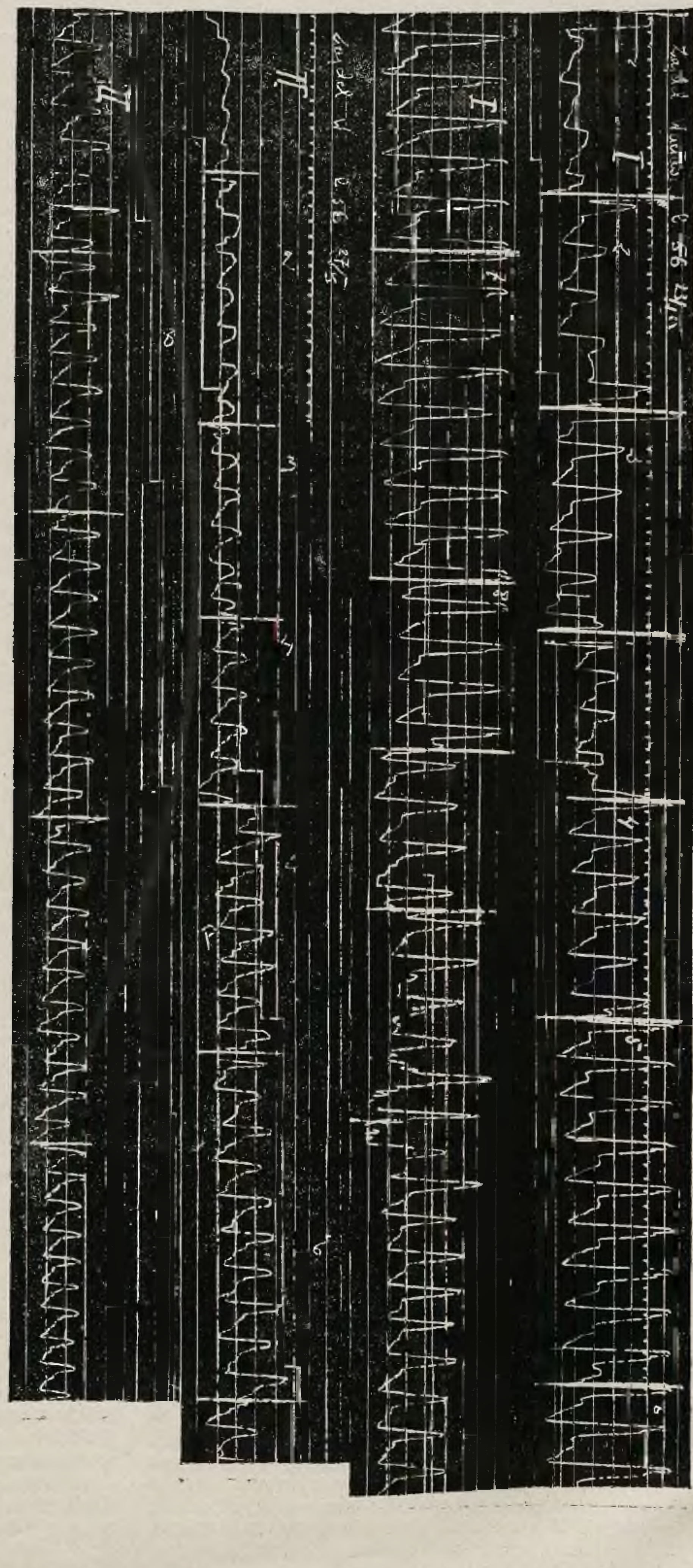
Porównawcze dane bolometryczne i bolograficzne.

Z oddziału Władysława Janowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Z pomiędzy przyrządów, określających pracę serca na podstawie pomiarów, dokonywanych na tętnicach obwodowych, należy na pierwszym planie postawić dwa aparaty konstrukcji Sahli'ego, mianowicie: sfigmobolometr objętościowy i arterjometryczny sfigmobolograf. Obydwa przyrządy stanowią ostatni etap, w szeregu, stopniowo przez autora udoskonalanych aparatów, i rozwiązują zasadniczo, niesłychanie dla kliniki ważną, kwestję ilościowego mierzenia pracy serca.

Pierwszy z nich genetycznie starszy, oparty jest na dość prostej zasadzie: zmuszamy mianowicie, falę krwi w tętnicy promieniowej do wykonania pewnej pracy przez pokonywanie ciśnienia powietrza, panującego w pneumatycznej pelotce. Pelotka jest połączona z manometrem rtęciowym i z rurką szklaną, zawierającą, jako wskaźnik, słupek barwnego płynu. Znając największe wychylenia pulsowe wskaźnika i najwyższe, odpowiadające im ciśnienie krwi (t. zw. ciśnienie optymalne), obliczamy pracę, wykonaną przez falę krwi, na zasadzie znanego wzoru fizycznego. Praca równa się, siła razy droga. Bolometr ma już dość obszerne piśmiennictwo, u nas dotąd tylko pracę Bojarskiego i Reicherówny. Bezpośrednią konsekwencją wyżej opisanego przyrządu i jego koniecznem uzupełnieniem jest arterjometryczny sfigmobolograf, koniecznem dlatego, że, jak to Sahli teoretycznie uzasadnił i potwierdził w szeregu doświadczeń, wielkość pracy, otrzymywanej zapomocą tej metody dla tętnicy promieniowej, jest ściśle zależna od średnicy tętnicy; w bolometrze jest ona proporcjonalna do jej kwadratu, zaś w bolografie wprost do jej pierwszej potęgi.

Zjawiło się więc nowe zadanie każdorazowego mierzenia średnicy tętnicy, dla



[3]) Presse médicale Nr. 11, 1925.

której obliczamy pracę. W bolografie zadanie to jest zasadniczo rozwiązane. Jeżeli dodać do tego, że pomiar pracy, otrzymany zapomocą bolografu, jest bardziej przedmiotowy, niż zapomocą bolometru, sprowadza się bowiem do otrzymania odpowiedniej krzywej, to zrozumiemy, że bolograf jest w swej obecnej formie, dużym krokiem naprzód w dziedzinie hemodynamiki.

Przyrząd ten, opisany szczegółowo przez S a h l i'e g o, w *Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 6. 1922*, jest konstrukcyjnie oparty na zwykłym sfigmografie J a q u e t'a. I tu, fala krwi w tętnicy promieniowej, za pośrednictwem tkanek, porusza pelotkę, która jest, zapomocą systemu dźwigni, połączona z pisakiem, kreślącym krzywą na poruszającym się papierku. O ile jednak w zwykłym sfigmografie nie wiemy, z jaką siłą uciskamy tętnicę, o tyle w arteriometrze jest ona ściśle określona przez napięcie sprężyny, które możemy dowolnie zmieniać.

Jeśli ustawimy aparat w ten sposób, żeby pelotka dotykała skóry nad tętnicą promieniową, i będziemy zwiększać stopniowo znaną nam dokładnie siłę jej ucisku, to po pokonaniu oporu tkanek, nastąpi chwila, w której pelotka zacznie ugniatać samą tętnicę, chwila ta zaznaczy się przez powstanie nieznacznych wychyleń pisaka, kreślącego krzywą. Przy dalszem zwiększaniu siły ucisku wychylenia pisaka będą coraz większe, aż wreszcie nastąpi chwila, że mimo zwiększania napięcia sprężyny, wychylenia te, po uzyskaniu pewnego największego rozmachu, zaczną się zmniejszać. Ta chwila jest dla całego pomiaru najważniejsza — odpowiada ona, mianowicie chwili, kiedy światło tętnicy pod uciskiem pelotki zaczyna się w okresie rozkurczu serca zupełnie prawie zamykać, przez krótką chwilę górna ściana tętnicy, obciążona pelotką, styka się wtedy ze ścianą dolną. Zjawisko to, potęgujące się przy zwiększaniu pelotki, upośledza, oczywiście, jej ruchy t. j. wychylenia pisaka zmniejszają się odtąd stale. Jeśli teraz uwzględnimy, że w momencie początkowym t. j. w chwili pierwszych najmniejszych wychyleń pisaka, pelotka styka się poprzez tkanki z górną ścianą tętnicy, a w momencie drugim zaczyna się stykać z dolną, to jasną będzie rzeczą, że droga, którą pelotka w międzyczasie przeszła, zagłębiając się niejako w tkanki równą się wewnętrznej średnicy tętnicy. Drogę tą, dzięki specjalnemu urządzeniu przyrządu odczytujemy albo wprost na odpowiedniej śrubie mikrometrycznej, albo też wyliczamy ją z wykresu, jaki daje nam drugi dodatkowy pisak na papierku. Pracę wykonaną przez falę krwi w tętnicy promieniowej, a pośrednio przez serce, dla poruszania pelotki, obciążonej napięciem sprężyny o wiadomej sile, obliczamy znowu ze wzoru. Praca = siła razy drogę. Siła w danym wypadku będzie siła ucisku pelotki na tętnicę w chwili największych wychyleń pisaka — odczytujemy ją z odpowiedniej tablicy w gramach. Drogą zaś będzie odległość którą pelotka w tym momencie będzie przebywać w czasie każdorazowego skurczu serca. Można ją łatwo obliczyć w centymetrach z największych wychyleń pisaka. Liczba ta jednocześnie będzie wielkością tętna. Przez pomnożenie tych dwóch wielkości otrzymujemy pracą pojedynczego tętna w gramocentymetrach.

Z krzywej więc, oprócz określenia zwykłych jej własności, otrzymujemy następujące dane:

1) Pracę pojedynczego tętna w gramocentymetrach.
2) Wielkość tego tętna.
3) Średnicę tętnicy.

Jeśli dwie pierwsze wielkości podzielimy przez trzecią, to otrzymamy liczby oderwane, które podług S a h l i'e g o można porównywać u różnych osobników.

W pomiarach dokonywanych od stycznia r. b. na oddziale dr. Władysława J a n o w s k i e g o w szpitalu Dzieciątka Jezus, postawiliśmy sobie za zadanie porównanie wyników, otrzymanych zapomocą bolografu z danemi otrzymanemi z około 100 pomiarów, dokonanych zapomocą bolometru. Ponieważ jednak, bolograf jest nabytkiem najnowszym i niema jeszcze po za S a h l i m piśmiennictwa, przeto sprawą najbardziej aktualną było określenie normy pracy serca u ludzi zdrowych. W tym celu dokonaliśmy szeregu pomiarów równoległych zapomocą bolometru i bolografu początkowo na 20 osobnikach w wieku lat 16— 19.

Wyniki były następujące:

	Wielkość pojedynczego tętna	Praca pojedynczego tętna
Bolometr	0,05 —0,11	6—10 gramoctm.
Bolograf	0,006 0,012	1—1,3 gramoctm.

Następna serja 20 pomiarów u osób w wieku 25—35 dała wyniki następujące:

	Wielkość pojedynczego tętna	Praca pojedynczego tętna
Bolometr	0,025—0,12	5—10 gramoctm.
Bolograf	0,006—0,014	1—1,4 gramoctm.

Widzimy, że liczby, otrzymane zapomocą obu przyrządów różnią się od siebie znacznie. Różnica tkwi w odrębnych metodach określania wielkości tętna — w bolometrze określamy tę wielkość objętościowo, w bolografie zaś linijnie.

Że mimo to wyniki jednej i drugiej metody można ze sobą w zupełności porównywać, o tem świadczy cały szereg przypadków z dziedziny patologji, w których zwiększenie lub zmniejszenie pracy serca, stwierdzone za pomocą jednego przyrządu, zostało w całości potwierdzone przez drugi.

Przytaczamy z naszego materjału następujące przykłady:

1. Zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej z przewagą kliniczną zwężenia.

	Wielkość pojedyn. tętna	około	Praca pojedyn. tętna	około
Bolometr	0,025	($^1/_2$ normy)	2,18	
Bolograf	0,004	($^2/_3$ «)	0,71	($^1/_2$ normy)

2. Zapalenie przewlekłe nerek. Nadmierne ciśnienie.

Bolometr	0,075	($1^1/_2$ normy)	18,36	(2 razy ponad normę)
Bolograf	0,008	($1^1/_2$ normy)	1,82	(2 razy ponad normę)

3. Niedomykalność zastawki tętnicy głównej.

Bolometr	0,2	(3 razy normy)	28	(3 razy ponad normę)
Bolograf	0,022	(3 razy normy)	4,35	(3 razy ponad normę)

Taką samą zgodność w wynikach pomiarów bolometrycznego i bolograficznego wykazało systematyczne określenie pracy serca w przebiegu ciężkiego przypadku, zapalenia płuc włóknikowego; na początku choroby praca serca była bardzo zwiększona jak to widać z liczb

Bolometr:
Wielkość pojedyncza tętna 0,15 (3 razy ponad normę).
Optimalne ciśnienie 120 mm.
Praca pojedynczego tętna 28,56 (3 razy ponad normę).

Bolograf (patrz rys. I.). Praca pojedynczego tętna 2,2.

Na 10 godzin przed zgonem praca serca spadła gwałtownie, co wyraziło się zgodnie na sfigmobolometrze i sfigmobolografie.

Bolometr:
Wielkość pojedynczego tętna 0,05 (norma).
Optymalne ciśnienie 95.
Praca pojedynczego tętna 8,12.

Bolograf (patrz rys. II.). Praca pojedynczego tętna 0,99.

Z praktyki.

Dr. K. PIOTROWSKI, Dr. M. SEIDLER, Lwów.
asystenci kliniki.

Doświadczenia kliniczne z gynergenem.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. B o c h e ń s k i.

Niemożność dokładnego dawkowania wyciągów sporyszu i niestałe działanie tegoż, skłoniło badaczy do poznania chemicznego składu tego środka i wyosobnienia w nim składników o własnościach swoistych i stałych przypisywanych sporyszowi jako takiemu.

S p i r o w swojej pracy wspomina o 40-tu rozmaitych składnikach, które do tej pory udało się wyosobnić ze sporyszu.

Siła działania tego środka, — jak się okazało, — zależy od wielu błahych czynników, jak pochodzenia, pory roku, świeżości, sposobu przygotowania, wrażliwości na światło i powietrze, wreszcie łatwości fermentacji, pod wpływem czego powstają nowe ciała, należące do grupy aminów. Badania wspomniane miały na celu wyosobnienie składników, któreby wykazywały stałe własności i nie ulegały wyżej wymienionym ubocznym wpływom, a z drugiej strony dawały możność dokładnego dawkowania. Najważniejszemi alkaloidami, które dały się wyosobnić są: ergotynina (Pancret), hydroergotynina (Kraft) i ergotoksyna (Barger, Dale). Z amin wykrytych przez Barger'a, Dalé'go i Kutscher'a najsilniej działającemi na mięsień maciczny okazały się tyramina i histamina.

Jednakowoż gdy ściśle badania farmakologiczne wykazały zupełny brak wpływu na mięsień maciczny niektórych z tych środków (np. ergotyniny), a z drugiej strony odmienne działanie aminów, w porównaniu z dobrym preparatem sporyszowym jako takim (Rübsamen, Stoll), wobec tego musiano przypuszczać istnienie jeszcze innych składników, którym należy zawdzięczać skuteczne działanie sporyszu.

Badaniom ścisłym Stoll'a zawdzięczamy wykrycie nowego alkaloidu ergotaminy, ciała wysoce chemicznie złożonego ($C_{33}H_{35}N_5O_5$), którego najsilniejsze działanie na mięsień maciczny z dotychczas znanych wyosobnionych składników potwierdziły farmakologiczne badania (Spiro, Rothlin, Guggisberg i inni).

Ergotamina jest zasadą trudno rozpuszczalną, nawet w znacznych rozcieńczeniach działającą na mięsień maciczny w ten sposób, że (1 : 20,000.000) wywołuje lub wzmaga jego rytmiczne skurcze. Działanie występuje dopiero po pewnym czasie, ale utrzymuje się za to dłużej. Nic dziwnego, że wobec tych zachęcających wyników badań farmakologicznych, środek ten szybko rozpowszechnił się w klinicznem zastosowaniu. Wszyscy autorowie, opierając się na swych doświadczeniach klinicznych — podnoszą wartość ergotaminy — względnie jej połączenia łatwo rozpuszczalnego pod postacią winianu — wprowadzonego do handlu przez firmę Sandoz pod nazwą Gynergen. Największe zastosowanie środek ten znalazł przy krwotokach atonicznych poporodowych, tak przed, jakoteż i po odejściu łożyska, w krwawieniach połogowych, jak również przy zatrzymaniu odchodów (*lochiometra*). Co się tyczy stosowania gynergenu w I. i II. okresie porodowym, jak również i przy niezupełnem poronieniu zdania autorów są podzielone. I tak Boewing, Koerting, Turold, Schimmel, Schnitzer na podstawie swoich przypadków, w których spostrzegali tetaniczny skurcz macicy pociągający za sobą znaczny odsetek śmiertelności dzieci, są przeciwnikami stosowania tego środka w I. i II. okresie. Nawet Weinsheimer, który miał wprawdzie dobre wyniki w 39 przypadkach po wstrzykiwaniu gynergenu w celu wywołania lub wzmożenia bólów porodowych, mimo to ostrzega przed stosowaniem go w ogólnej praktyce. Niebezpieczeństwo dla płodu wynika stąd, że bóle porodowe w znaczeniu skurczów macicy stają się silniejsze i dłuższe, a temsamem skracają się pauzy potrzebne do wyrównania krążenia płodowego. Wyniki dodatnie przy poronieniach były zależne od okresu, w którym wstrzykiwania stosowano. Przy poronieniu grożącem (Schimmel), a zwłaszcza przy poronieniu w toku będącem (Frey, Turold) po wstrzykiwaniach gynergenu udało się doprowadzić do samoistnego odejścia jaja płodowego w całości. Przy poronieniu niezupełnem jedynie Turold w 60% przypadków spostrzegał samoistne odejście resztek. Radeckiemu natomiast nie udało się osiągnąć korzystnych wyników podaniem wewnętrznem gynergenu w tabletkach (2 x po 1 mg. ergotaminum tartaricum), brak jednakowoż podniesień ciepłoty, jakoteż i spadek tejże przy gorączkujących poronieniach i brak krwawień następowych, według niego należy przypisać działaniu gynergenu. Samoistne poronienie i to tylko w późniejszych miesiącach ciąży (od 3-ch w górę) następowało według Schimmel'a po wstrzyknięciu znacznej dawki gynergenu, bo w ilości 5 cm³ dziennie wśródmięśniowo. Turold i Schnitzer w podobnych przyp. doszli do wyników ujemnych. Krwawienia na tle schorzeń ginekolog., a mianowicie w okresie pokwitania, przekwitania, przy włókniakach, z wyjątkiem podśluzowych, ustawały na dłuższy przeciąg czasu po wewnętrznem i pozajelitowem stosowaniu gynergenu (Turold, Guggisberg, Pfeilsticker).

Wobec zachęcających wyników osiągniętych przez powyższych autorów zaczęliśmy stosować gynergen w lwowskiej klinice położniczej.

Materjał nasz obejmuje 140 przypadków, które dają się podzielić na następujące grupy:

1) krwawienia ginekologiczne 27 przyp.
2) poronienia . . . . . . 22 „
3) porody . . . . 68 „
4) połóg . . . . 23 „

Wyniki korzystne niektórych autorów (Turold, Pfeilsticker, Guggisberg) osiągnięte w krwawieniach ginekologicznych, nie dadzą się w zupełności potwierdzić naszemi doświadczeniami. W 27. przypadkach należących do tej grupy — wyniki spostrzegaliśmy rozmaite. I tak przy zbyt obfitych krwawieniach miesiączkowych — menorrhagia — (7 przypadków), których źródła wobec ujemnego badania przedmiotowego należało się dopatrywać w niesprawności mięśnia macicznego — wyniki były zadowalające. Krwawienia ustawały w przeciągu 3—5 dni, po zażyciu 9—16 tabletek gynergenu. Krwawienia atypowe — metrorrhagia — (15 przyp.), których jak wiadomo, przyczynę zawsze prawie znajdziemy w zmianach anatomicznych narządu rodnego — zmniejszały się; przyczem okazało się, że wstrzykiwania działały skuteczniej, aniżeli tabletki podawane na wewnątrz. Nigdy jednak nie udało się nam powstrzymać zupełnie krwawienia. Dlatego też nie możemy się zgodzić ze zdaniem Pfeilsticker'a, według którego przez racjonalne stosowanie gynergenu w wielu przypadkach krwawień możemy uniknąć wycięcia macicy. Jak bowiem wiemy, nie należy się spodziewać ustąpienia krwawienia w tych przypadkach, w których źródło ich leży, czy to w zmianach zapalnych narządu rodnego (*endometritis haemorrhagica, interstitialis, adnexitis*), czy to w zmianach nowotworowych.

Również w krwawieniach klimakterycznych (3 przypadki) nie osiągnęliśmy dobrych wyników, a już zupełnie bez wpływu okazał się gynergen w przypadkach t. zw. *metropathia juvenilis* (2 przyp.). Nie dziwiło nas to, gdyż wiemy, że środkiem tym osiągnąć można dobry skutek tylko w tych przypadkach krwawień macicznych, których źródło leży w niesprawności mięśnia macicznego.

Przy poronieniach niezupełnych (9 przyp.) wstrzykiwaniami gynergenu nigdy nie doprowadziliśmy do zupełnego, samoistnego odejścia resztek jaja płodowego. Zyskaliśmy jednak dzięki skurczom macicy rozwarcie ujścia i rozszerzenie szyi, które pozwalało na usunięcie resztek czy to palcem, czy to zapomocą narzędzi *in situ*, co przecież jest rzeczą bardzo korzystną przy poronieniach gorączkujących. Stosując gynergen tak w czasie, jakoteż i po skrobance (6. przyp.) spostrzegaliśmy znacznie mniejsze krwawienie. Przypadki poronień w toku będących po 2. wstrzyknięciach wśródmięśniowych gynergenu (po jednej ampułce) skończyły się do 24 godzin samoistnem odejściem jaja płodowego w całości. Wyniki powyższe zgodne są z wynikami Frey'a i Turold'a.

Przebieg bezgorączkowych poronień odnosi Radecki do działania gynergenu na mięsień maciczny, którego skurcz silny zapobiega rozszerzeniu się zakażenia. Zapatrywanie to możemy potwierdzić, gdyż przyszliśmy do tego samego przekonania, na podstawie naszych spostrzeżeń w przypadkach poronień gorączkujących i to często krymi-

nalnych, w których po wstrzyknięciu gynergenu następował spadek ciepłoty do normy w przeciągu 24 godzin.

Macica ciężarna we wczesnych miesiącach ciąży jest oporna na działanie gynergenu. Dowodzą tego dwa przypadki, w których przy istniejącem wskazaniu do przerwania ciąży, wstrzyknęliśmy dwa razy po jednej ampułce gynergenu w celu wywołania poronienia. Skurcze macicy według podania chorych zaledwie się zaznaczyły, jednak do poronienia nie przyszło. Schimmel'owi udało się w niektórych przypadkach ciąży (4. mies.) wywołać samoistne poronienie, dawki jednak w tych przypadkach były bardzo duże (po 6. amp. dziennie w przeciągu kilku dni).

Przechodząc do omawiania wyników osiągniętych w czasie porodu — nadmienić należy, że zasadniczo byliśmy przeciwni stosowaniu tego środka, tak w 1-ym, jakoteż w drugim okresie porodowym. Stanowisko bowiem naszej kliniki sprzeciwia się podawaniu preparatów sporyszowych w czasie porodu, a w razie konieczności wzmocnienia bólów porodowych — naturalnie w odpowiedniej porze — posługujemy się przetworami przysadki mózgowej. Jedyny przypadek, w którym dla doświadczenia wstrzyknęliśmy 0.5 cm^3 gynergenu wśródmięśniowo pod koniec I. okresu porodowego, dotyczył wieloródki rodzącej w 7-ym miesiącu ciąży. U osoby tej (P. M. L. pr. 559 r. 1925) stwierdzono ciążę bliźniaczą, pęcherz utrzymany, ujście rozwarte na 4 palce. Wobec zupełnego braku bólów porodowych, a słabej nadziei utrzymania przy życiu płodów, wstrzyknęliśmy 0.5 cm^3 gynergenu wśródmięśniowo. Po 5 minutach wystąpiły bóle w krzyżach, a po 10-ciu wyraźne skurcze macicy trwające po 2 min. — o krótkich pauzach. Intenzywne działanie trwało godzinę, następnie występowały coraz rzadsze i słabsze bóle. Po $2^1/_2$ godz. nastąpił samoistny poród niedonoszonych płodów i popłodu. Płody po kilku godzinach zmarły.

Wprawdzie w powyższym przypadku nie wystąpił tężcowy skurcz macicy, spostrzegany przez większość autorów (Boewing, Koerting, Turold, Schimmel, Schnitzer), jednak wobec ostrzeżeń powyższych autorów, jakoteż i wyżej wyłuszczonego stanowiska naszej kliniki, nie próbowaliśmy szerszego stosowania gynergenu w I. i II. okresie. Natomiast zmienił gynergen dotychczasowe pojęcia niestosowania preparatów sporyszowych przed odejściem łożyska. Obawa bowiem obkurczenia się ujścia wewnętrznego, a temsamem utrudnienia wydalenia łożyska okazała się płonną. Nasze doświadczenia opierające się na 38 przypadkach podania gynergenu przed odejściem łożyska w zupełności to potwierdziły, a co więcej wykazały skrócenie trzeciego okresu porodowego. W 14-tu przypadkach profilaktycznego wstrzyknięcia gynergenu wśródmięśniowo t. zn. tam, gdzie obawialiśmy się krwotoku w III. okresie (ciąża mnoga, nadmiar wód płodowych, długotrwałe i operacyjne porody i t. d.) stwierdziliśmy skuteczne i dodatnie działanie gynergenu w znaczeniu dobrych skurczów macicy i braku krwotoku. Jako niezbity dowód skuteczności tego środka mogą posłużyć przypadki krwotoków, tak przed, jakoteż i po odejściu łożyska. Z powodu krwotoków przed odejściem łożyska stosowaliśmy wstrzykiwania wśródmięśniowe gynergenu pięć razy. Już w czasie jednej do dwóch minut występował energiczny skurcz macicy — krwawienie ustawało, poczem zwykle do 10 min. odchodziło samoistnie łożysko. Zabieg Crede'go, który nie udał się przed wstrzyknięciem w jednym z powyższych przypadków, w 12 minut po wstrzyknięciu z łatwością wykonano (rodząca M. F. L. prot. 533. r. 1925). W przypadkach przyrośnięcia łożyska nie można oczywiście spodziewać się dodatniego wyniku, chociaż w jednym przypadku częściowego przyrośnięcia łożyska udało się je wydalić zabiegiem Crede'go, a nieznaczną część przyrośniętą usunięto zapomocą narzędzi. Szósty przypadek należący do tej grupy dotyczy pierwiastki (K. A. L. pr. 1147 r. 1924) przywiezionej na klinikę w 2 godziny po porodzie z powodu zatrzymania łożyska i silnego krwotoku. Natychmiast wstrzyknięto wśródmięśniowo 1 cm^3 gynergenu — w 5 minut z łatwością zabiegiem Crede'go wydalono łożysko.

W celu przekonania się co do czasu trwania III. okresu porodowego stosowaliśmy gynergen w 18 przypadkach porodów prawidłowych. W porównaniu do zachowania się III. okresu bez podania gynergenu przekonaliśmy się, że w przypadkach, w których zastosowaliśmy gynergen, III. okres porodowy trwał krócej, bo przeciętnie 12 minut. Działanie objawiało się w silnych skurczach macicy, trwających kilka minut; pobudliwość macicy znaczna — po rozkurczu lekki masaż wywoływał ponowny skurcz.

Na 27 przypadków krwotoków atonicznych poporodowych t. zn. po odejściu łożyska, tylko w jednym przyp. musieliśmy się uciec do tamponady macicy, gdyż mimo wstrzyknięcia gynergenu, a następnie i pituglandolu dożylnie — krwotok nie zmniejszał się. Odczyn Wassermanna u tej chorej wypadł dodatnio, czemu prawdopodobnie przypisać należy brak odczynu mięśnia macicznego. Tem wybitniej okazywało się widocznem działanie po bezskutecznem zastosowaniu innych środków (n. p. ergotyny).

W dwóch przypadkach cięcia cesarskiego po opróżnieniu macicy i wstrzyknięciu do mięśnia macicznego 1 cm^3 gynergenu stwierdziliśmy silny i trwały skurcz macicy, co jednak można również odnieść do tamponady, którą zawsze po cięciu cesarskiem stosujemy.

W późniejszych krwawieniach w połogu (2 przypadki) podanie gynergenu wewnętrznie (3 tabletki dziennie) okazało się bardzo skutecznem.

W 21 przypadkach, w których w połogu wystąpiło podwyższenie ciepłoty, z powodu zatrzymania odchodów, stosowaliśmy wstrzykiwania podskórne gynergenu. Zaraz następnego dnia można było stwierdzić spadek ciepłoty do normy i znaczne zwiększenie się odchodów. Celem wzmożenia zwijania się macicy wystarczało wewnętrzne podawanie gynergenu 3 tabletki dziennie.

Objawy uboczne — ból głowy, nudności, wymioty, towarzyszące przedewszystkiem wstrzykiwaniom gynergenu, występowały najwyraźniej w przypadkach poronień i krwawień na tle schorzeń ginekologicznych (15 razy).

W połogu, objawy uboczne występowały rzadziej i to zależnie od dnia połogu — im później tem częstsze i w silniejszym stopniu. Po zastosowaniu gynergenu bezpośrednio po porodzie, lub w czasie porodu — objawów ubocznych nie zauważyliśmy ani razu. Według Boewing'a i Schimmel'a objawy uboczne nie występują nigdy w tych przypadkach, gdzie stosowanie gynergenu było ściśle wskazane (atonia, lochiometra).

Koerting i Turold uzależniają nasilenie objawów ubocznych od zmian w narządzie krążenia i systemu nerwowego, zwłaszcza pierwszy z tych autorów jest przeciwnikiem stosowania gynergenu w przypadkach powyższych schorzeń. Bezwzględnie odgrywa tu także rolę i wielkość dawki, którą autorowie stosowali indywidualnie. Wahała się ona od 0.5 do 6 cm^3 dziennie (Schimmel).

Stosowanie może być wewnętrzne, podskórne, wśródmięśnowe, dożylne (Weinsheimer) i wprost do mięśnia macicznego. Dawki nasze nie przekraczały 2 cm^3 wśródmięśniowo, względnie 3 tabletek dziennie na wewnątrz.

Na podstawie powyższych spostrzeżeń doszliśmy do przekonania, że:

1) w I. i II. okresie porodowym gynergen nie nadaje się do szerszego stosowania;

2) przy krwotokach przed — względnie po odejściu łożyska ze wszystkich preparatów sporyszowych gynergen okazał się najskuteczniejszym;

3) w połogu przyśpiesza gynergen zwijanie się macicy i w ten sposób przez energiczny skurcz mięśnia macicznego może mieć do pewnego stopnia znaczenie zapobiegawcze co do zakażenia;

4) poronienia w toku będące kończą się po podaniu gynergenu odejściem jaja płodowego w całości;

5) przez podanie gynergenu nie udaje się ani wywołać poronienia, ani też samoistnego odejścia w całości resztek jaja płodowego przy poronieniach niezupełnych;

6) tylko niektóre krwawienia ginekologiczne ustają po zastosowaniu gynergenu.

Piśmiennictwo:

1) Boewing: Münch. med. Woch. 1922. N. 8. — 2) Schw. med. Woch. 1922. N. 1. — 3) Guggisberg: Schw. med. Woch. 1922. N. 4. — 4) Koerting: Münch. med. Woch. 1924. Nr. 23. — 5) Koerting: Klin. Woch. 1923. Nr. 25. — 6) Lützenkirchen: Münch. med. Woch. 1924. N. 49. — 7) Naujoks: Zentbl. f. Gyn. 1924. Nr. 6. — 8) Pfeilsticker: Münch. med. Woch. 1924. Nr. 16. — 9) Radecki: Zentr. f. Gyn. 1924. Nr. 36. — 10) Schimmel: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXVI. — 11) Schnitzer: Münch. med. Woch. 1924. Nr. 27. — 12) Schnitzer: „Bericht über die XI. Tagung der Bayerschen Gessellschaft für Geburtshilfe u. Frauenheilkunde". Münch. med. Woch. 1924. Nr. 24. — 13) Spiro: Schweitz. med. Wochenschr. 1921. Nr. 32. — 14) Turold: Med. Klin. 1923. Nr. 33-34. — 15) Weinsheimer: Monatschr. f. Geb. und Gyn. Bd. LXIV.

Henryk ZAWISTOWSKI, Kraków.
asystent kliniki.

Przebieg i wyniki leczenia sztuczną odmą 120 przypadków gruźlicy płuc *).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego
Dyrektor: Prof. Dr. Orłowski
oraz z b. Sanatorjum Dra Dłuskiego w Zakopanem.

W niniejszej pracy zamierzam przedstawić wyniki spostrzeżeń dotyczących 122 chorych, leczonych odmą sztuczną. Materjał ten stanowi część chorych, leczonych odmą w latach 1919—1921 w Sanatorjum Dra Dłuskiego w Zakopanem, następnie chorych, leczonych odmą w Klinice medycznej U. J. w latach 1921—1925, wreszcie chorych z praktyki prywatnej. Okres spostrzegania wynosi z górą 6 lat. Chorzy, którym w ciągu tego okresu czasu wykonywałem dopełnienia, a którym założono odmę w latach dawniejszych, nie wchodzą w ramy niniejszego zestawienia.

Wynikałoby napozór, że warunki, w jakich odbywało się leczenie odmą sztuczną tych chorych, były zgoła różne: z jednej strony klimat górski i nowoczesnie urządzone sanatorjum, z drugiej leczenie ambulatoryjne w mieście. Różnica ta jednak nie jest tak bezwzględna. Znaczna część bowiem chorych, przebywających początkowo w Zakopanem, leczyła się potem ambulatoryjnie w mieście; z drugiej strony chorzy po rozpoczęciu leczenia w Krakowie po ustaleniu się dłuższych przerw między napełnieniami i po uzyskaniu względnej poprawy udawali się do miejscowości klimatycznych, zazwyczaj zresztą nie na długo, gdyż warunki ekonomiczne w ubiegłych latach nie sprzyjały systematycznemu leczeniu w uzdrowiskach, zwłaszcza chorych z pośród inteligencji pracującej, jakich znaczny odsetek obejmuje moje zestawienie.

Z pomiędzy 122 chorych o 2 przypadkach wspomnę krótko: nie były to przypadki gruźlicy, lecz zgorzeli oraz ropienia płuc. W pierwszym u chorego zgórą siedemdziesięcioletniego odma nie zdołała powstrzymać bliskiego zejścia śmiertelnego, w drugim z powodu zrostów okazała się niewykonalną.

Wśród pozostałych 120 chorych było 78 kobiet, 42 mężczyzn. Wiek oznaczają liczby następujące: od 10 do 20 lat — 35 chorych, od 20 do 30 — 61, od 30 do 40 — 17, od 40 do 50 — 6, wreszcie od 50 do 60 — 1 chory. Widoczna przewaga lat młodych i wczesnych wieku dojrzałego.

Były to przypadki bez wyjątku ciężkie, nieraz rozpaczliwe. Chorzy, leczeni w Zakopanem, przebyli przedtem czas obserwacji i leczenie klimatyczne bez dodatniego wyniku albo z ujemnym. Chorzy, którym odmę rozpocząłem stosować w mieście, albo przebyli niejednokrotnie leczenie klimatyczne bez wyraźnej poprawy i zostali skierowani do założenia odmy, sprawa bowiem w płucu postępowała, albo przedstawiali typ ciężkiej szpitalnej gruźlicy płuc ludzi, pracujących ciężko w mieście, w złych warunkach. Rokowanie u wszystkich było niepomyślne; u wielu można było życie liczyć na miesiące, nawet na tygodnie. Wszyscy moi chorzy znajdowali się w III. okresie według podziału Turbana; podług zaś klasyfikacji Sterlinga chorych w II. okresie było 100 (83%), mianowicie w poddziałach: II. b. st. — 1, II. b. pr. chr. — 66, II. b. pr. ac. — 21, II. c. — 12. Pozostałych 20 należy do III okresu Sterlinga, mianowicie: III. b. — 12, III. c. — 8.

Odmę stosowałem u 54 chorych przy schorzeniu prawego płuca, u 66 po stronie lewej, zaznaczę jednak, iż znikoma tylko ilość chorych miała zmiany wyłącznie jednostronne, zazwyczaj bowiem udawało się bądź zwykłemi metodami fizykalnemi bądź roentgenologicznemi wykazać zmiany i po drugiej stronie. Bywały one czasem rozległe. W tych przypadkach zakładałem odmę w gorszem z dwu chorych płuc, uzyskując często doraźną poprawę, niekiedy nawet trwałą.

Nie udało mi się odmy założyć z powodu zrostów u 16 chorych (13%), założyłem natomiast i podtrzymywałem u 99 (84,5%), wreszcie w 5 przypadkach podtrzymywałem odmę, która się wytworzyła samoistnie.

Z chorób, które towarzyszyły sprawie płucnej u chorych z udałą odmą, wymienić należy: w 12 przypadkach gruźlicę krtani, w 1 gruźlicę jelit, w 1 gruźlicę kręgosłupa, w 2 nerozę, w 1 skrobiawicę nerek, w 1 kamicę nerkową, w 1 niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania, wreszcie, jako czasowe powikłanie, w kilku przypadkach, czerwonkę.

O metodzie leczenia wspomnę krótko. Stosowałem wyłącznie sposób Forlaniniego, a więc nakłucie klatki piersiowej igłą lub trójgrańcem; dopełnienia zawsze igłą. Posługiwałem się aparatem Küssa lub innym, na podobnej zasadzie ruchomych względem siebie naczyń opartym. Przez krótki czas używałem aparatu w rodzaju Sorgo z pompką wtłaczającą bezpośrednio powietrze do jamy opłucnej. Używania aparatów tego typu wkrótce zaniechałem, są one bowiem mniej wygodne w użyciu, mogą nie dawać pewnych wskazówek co do ilości wprowadzanego gazu, wreszcie są mniej bezpieczne, gdyż wprowadzają gaz zawsze pod ciśnieniem dodatniem. W ostatnich latach wprowadzałem do jamy opłucnej wyłącznie powietrze, przeprowadzone przez rurkę szklaną z wyjałowioną gazą i ogrzane mniej więcej do ciepłoty ciała. Chory w czasie zabiegu leży na boku, z podwyższoną przy pomocy wałka lub poduszki tą częścią klatki piersiowej, gdzie wykonuję nakłucie. Znieczulenie chlorkiem etylu. Sposób prowadzenia leczenia t. j. terminy poszczególnych napełnień, ciśnień, ilość powietrza i t. d. odpowiada w moich przypadkach mniej więcej szkole francuskiej (Küss, Dumarest Murard i in.). Nie starałem się więc wywierać możliwego maksimum ucisku, a raczej szukałem optimum dla każdego chorego, wprowadzając minimum necessarium gazu. Przy oznaczaniu owego optimum kierowałem się stanem ciepłoty chorego, kaszlem i odpluwaniem, wagą ciała, wreszcie samopoczuciem chorego. Unikałem wywoływania duszności nawet lekkiego stopnia gdyż ona może się wzmagać po ukończeniu zabiegu w zależności od zmiany pozycji lub ruchów chorego. Podnoszenie i utrzymywanie coraz to wyższego i wysokiego ciśnienia w jamie odmowej jest zupełnie zbędne dla otrzymania dodatniego wyniku leczenia; nie pomoże wiele również przy zrostach, gdyż walka z istniejącemi a zwłaszcza tworzącemi się zrostami prawie zawsze kończy się przegraną, przyczem może być ona, jak zgodnie prawie wszyscy autorzy podnoszą, zgubną dla chorego.

Zresztą sposób prowadzenia leczenia wymaga zmian w zależności od warunków, w jakich się ono odbywa, powikłań, wreszcie poniekąd i od samego chorego, słowem nie chorego należy wtłaczać w szemat, a raczej starać się umiejętnie dobierać dla niego ramy postępowania. Przechodzę do powikłań w przebiegu leczenia u moich chorych. Wysięk surowiczy w jamie opłucnej wystąpił u 30 chorych (29%); przebiegał on z gorączką lub bez, był skąpy, albo bardzo obfity, o przebiegu łagodnym albo mniej lub więcej ciężkim.

---

*) Według wykładu na I. Zjeździe Przeciwgruźliczym w Krakowie dn. 16 maja 1925 r.

Przejście między temi postaciami bywało czasem nieuchwytne, gdyż na początku zwłaszcza leczenia trudno nieraz niewielkie podniesienie ciepłoty uzależnić bezwzględnie od powstającego wysięku; z drugiej strony wysięk obfity, kilkulitrowy, przebiegał nieraz łagodnie, przy nieznacznych stanach podgorączkowych, skąpy zaś, z trudnością stwierdzalny, przechodził wśród objawów burzliwych, jako ciężkie powikłanie. Dlatego też wyraźne rozgraniczenie tych postaci z wyodrębnieniem lekkiej, jako oddzielnej formy (*épenchement idiopathique* autorów francuskich) nie wydaje mi się ścisłem i łatwem do przeprowadzenia.

Czas wystąpienia wysięku wahał się w moich przypadkach od kilku dni do 12 miesięcy od założenia odmy. W pierwszym miesiącu wystąpiło to powikłanie u 18 chorych, w drugim u 5, w czwartym u 2, w piątym u 3, u pozostałych w późniejszych miesiącach.

Zwykły los długotrwających wysięków był: albo wchłanianie się, albo organizowanie się i sprzyjanie zarastaniu odmy przez tworzenie zrostów, częstokroć przy stopniowem zropieniu płynu wysiękowego. Ponieważ zwalczanie zrostów rzadko okazuje się możliwe, starałem się zawczasu przeciwdziałać zbyt wczesnemu ich występowaniu przez stopniowe wypuszczanie płynu i zastępowanie go powietrzem, pod kontrolą Roentgena. Zrzadka zdarzało mi się spostrzegać przemianę wysięku ropnego w surowiczy przy długiem jego trwaniu.

Zrosty opłucnowe pozostałe w przebiegu leczenia uważa się powszechnie za powikłanie odmy: niektórzy autorowie twierdzą to również o zrostach istniejących od początku leczenia. W moim materjale były one zjawiskiem bardzo częstem, tak, iż odmę całkowitą udawało się wytworzyć zaledwie w pewnym tylko odsetku przypadków.

Wysięk odrazu ropny wystąpił u 6 chorych (6%). Jest to powikłanie zwykle przebiegające ciężko, z długotrwałą gorączką i wyniszczeniem i często prowadzące do znacznego pogorszenia stanu chorych.

Przetoka oskrzelowa wytworzyła się u 3 chorych z zejściem śmiertelnem.

Przypadków i powikłań ciężkich lub śmiertelnych, zależnych od samego zabiegu lub będących w bezpośrednim z nim związku, nie przytrafiło mi się spostrzegać przez cały 10-letni okres stosowania odmy. Ponieważ zdarzają się one nawet przy zachowaniu wszelkich ostrożności i przy najlepszej technice, można z powyższego wyprowadzić ten jedynie wniosek, że szanse wystąpienia tych tragicznych powikłań są małe.

Jeszcze kilka słów o czasie trwania leczenia. Pytanie to słyszy często każdy lekarz, stosujący odmę bądź od chorego bądź od jego rodziny już przed rozpoczęciem leczenia, a zawsze w jego przebiegu. Odpowiedzi na to dać zgóry nigdy nie można. W jednym przypadku już kilkumiesięczne leczenie daje znakomite wyniki, nawet kliniczne wyleczenie, w drugim, mimo kilku lat leczenia, stan chorego nie pozwala myśleć o zaprzestaniu stosowania odmy. Zależeć to może od postaci gruźlicy, bardziej wytwórczej lub bardziej wysiękowej, od sił obronnych ustroju, wreszcie od warunków zewnętrznych. W przypadkach gruźlicy wysiękowej, u osób o słabem napięciu sił żywotnych leczenie stosuje się (i należy stosować) dłużej — 2, 4 i więcej lat. U osób typu przeciwnego — znacznie krócej. Zazwyczaj życie samo daje rozwiązanie tego doniosłego dla chorego i lekarza zagadnienia: rozmiary odmy, obecność wysięku i zrostów, czasem okoliczności zewnętrzne wpływają na czas trwania leczenia i wyręczają lekarza w odpowiedzi na to trudne pytanie.

O innych warunkach leczenia jak np. kontrola promieniami Roentgena, możliwie stała opieka lekarska i t. d., jako o znanych ogólnie, mówić nie będę.

Nadmienię jeszcze, że u chorych leczonych odmą stosowałem również i leczenie objawowe; podawałem w miarę potrzeby przetwory farmaceutyczne z arsenału leków powszechnie przy gruźlicy płuc używanych. Nie stosowałem leczenia swoistego; w nielicznych tylko przypadkach stosowałem proteinoterapję w postaci wstrzykiwań mleka śródmięśniowo. W poszczególnych razach dołączałem do leczenia naświetlania słońcem lub lampą kwarcową.

Wyniki, które osiągnąłem, określają rubryki następujące: duża poprawa (w tem również kategorje »kliniczne wyleczenie«), względna poprawa, stan bez zmiany, pogorszenie, śmierć. Jako dużą poprawę rozumiem stan wolny od wyraźnych objawów choroby, czyli: utratą gorączki, kaszlu i prątków, powrót do sił fizycznych, przybytek wagi, w płucach objawy sprawy nieczynnej. Kliniczne wyleczenie — t. j. długotrwały dobry stan ogólny i dobry stan płuc, w warunkach życia zwykłych, często miejskich, przy pracy zawodowej, studjach uniwersyteckich i t. p.

Do tej kategorji zaliczyć mogę 38 moich przypadków (36,4%). Z tych 16 uważam za klinicznie wyleczonych; u tych osób upłynęło 6, 5, 4, 3 lata od założenia odmy. Do tejże grupy zaliczam również przypadki świeższe, które odma sztuczna utrzymuje w dobrym, prawie normalnym, stanie ogólnym, rażąco różnym od ciężkiego stanu przed rozpoczęciem leczenia.

Względną poprawę uzyskało 18 osób (17,3%) t. j. całkowity spadek lub znaczne obniżenie gorączki, często utratę kaszlu i prątków w plwocinie, przybytek wagi. Poprawa ta nie jest jednak tak trwała lub tak wybitna, jak u pierwszej kategorji chorych, zdarzają się obostrzenia, stan chorych ulega wahaniom; w płucach objawy jeszcze czynnej sprawy.

Bez zmiany pozostało 6 chorych (prawie 6%). Prawdopodobnie z biegiem czasu przeszli lub przejdą oni do rubryk następnych.

Pogorszenie po odmie wystąpiło u 18 chorych (17,3%), przeważnie wskutek rozszerzenia się sprawy gruźlicy w drugiem płucu. Wreszcie śmierć nastąpiła u 24 chorych (23%). Byli to chorzy, u których odma została wykonana w stanie nieomal beznadziejnym, lub też chorzy z innych kategoryj, u których nastąpiło pogorszenie niwecząc poprzednio uzyskaną poprawę.

Ogółem duża i względna poprawa obejmuje 56 chorych (54%).

Do tej liczby należy dołączyć dodatkową rubrykę »doraźna« lub »czasowa« poprawa, obejmującą 20 chorych; chorzy ci pod wpływem leczenia odmą sztuczną uzyskali czasowe nieraz wybitne polepszenie, trwające u niektórych 2 do 4 lat później zaś przeszli do rubryki »pogorszenie« lub »śmierć«.

Przypadek 1.
Tak n. p. chora B. S., lat 30, od założenia odmy w sierpniu 1921 roku do lipca 1924 czuła się dobrze, nie gorączkowała, prowadziła życie prawie normalnie, zajmując się gospodarstwem domowem i wychowaniem dzieci; w czerwcu 1924 r. zjawiły się stany podgorączkowe, krwioplucie, odnowione (lub nowe) ognisko w niedającem się już całkowicie ucisnąć prawem płucu, wysięk ropny; w kwietniu 1925 roku przetoka oskrzelowa, torakoplastyka wykonana w Krakowie.

Przypadek 2.
Chora M. D. l. 17 przedstawia stan zadowalający po założeniu odmy sztucznej od 1919 do 1922 roku, poczem pogorszenie w drugiem płucu, zapalenie opon mózgowych, śmierć.

Innych nie przytaczam.

Jeśli teraz porównam statystyki takich autorów, jak S a n g m a n n, u którego odsetek poprawy wynosił 44,3%, M u r a l t — 67,8%, B r a u e r i S p e n g l e r — 78,3%, D u m a r e s t i M i r a r d — około 50% i inni — to stwierdzić można, że liczby te stoją blisko uzyskanych w powyżej przedstawionem obliczeniu. Zwłaszcza jeżeli dodać do liczby 54% dużej i względnej poprawy jeszcze 19% poprawy czasowej (doraźnej), która była przedłużeniem życia w zupełnie dobrym stanie o kilka lat, to odsetek ogólny poprawy, uzyskanej u omawianych przezemnie chorych przez zastosowanie odmy sztucznej wzrośnie do 73.

Odma sztuczna, jako metoda lecznicza, ma dostatecznie ugruntowane stanowisko i tradycje. Odzywają się jednak czasem głosy sceptyczne podając wyniki jej w wątpliwość (R e n a u), traktując ją jako środek na krótką metę obliczony, raczej symptomatyczny; inni radzą zastępować odmę sztuczną przez torakoplastykę. Wyżej podane liczby dostarczają raz jeszcze przekonywującego dowodu wartości odmy sztucznej jako metody leczniczej, lekkiej i dość bezpiecznej dla chorego, nietrudnej do owładnięcia dla lekarza i dającej duży odsetek pomyślnych wyników.

Wykłady i odczyty.

Dr. M. TOMASZEWSKA. Łódź.

Rola przychodni w walce z gruźlicą chirurgiczną *).

Społeczna walka z gruźlicą skierowana jest głównie, można nawet powiedzieć — prawie wyłącznie w kierunku zwalczania gruźlicy płucnej. Uderzającą natomiast jest rzeczą obojętność z jaką jest traktowana gruźlica chirurgiczna, czyli pozapłucna. W państwach zachodnich istnieje wprawdzie szereg sanatorjów przeznaczonych dla tych postaci gruźlicy, zwłaszcza Francja ma liczne zakłady różnego typu, przeznaczone przeważnie dla dzieci z gruźlicą pozapłucną, a położone nad morzem zarówno na wybrzeżach północy, jak i południa. Nie można więc twierdzić, że sprawa leczenia tych postaci gruźlicy jest zaniedbana, zwłaszcza, że wiele z tych zakładów jest utrzymywanych z funduszów publicznych i przeznaczonych dla dzieci niezamożnych.

Nie mniej jednakże w organizacji instytucji społecznych mających na celu zapobieganie gruźlicy i stałą opiekę nad chorymi gruźliczymi, gruźlica chirurgiczna nie zajmuje nigdzie należnego jej miejsca. Loewenstein w obszernej swej książce (z r. 1924) o leczeniu gruźlicy omawia drobiazgowo organizację stacji przeciwgruźliczych zarówno we wszystkich krajach europejskich, jak i w Ameryce, i absolutnie nigdzie nie wspomina, aby tą siecią instytucyj badawczych i opiekuńczych objętą była, także gruźlica pozapłucna. Czy przyczyną tego stanu rzeczy jest mniejsza zaraźliwość tych postaci gruźlicy, czy też ten fakt, że walka z gruźlicą inicjowana i prowadzona jest zazwyczaj przez lekarzy internistów trudno rozstrzygnąć. Nie można jednak uznać tego stanu rzeczy za zadowalający. Stacje przeciwgruźlicze, prócz swych zadań z zakresu opieki społecznej nad chorym, mają przecież przedewszystkiem znaczenie instytucyj rozpoznawczych, w których lekarze-specjaliści w przypadkach wątpliwych wydają ostateczną opinję rozpoznawczą. A wszak nie mniej ważnem, jak w gruźlicy płucnej, jest wczesne rozpoznanie gruźlicy pozapłucnej, zwłaszcza stawowej i kostnej, gdyż wczesne zastosowanie właściwego leczenia może w większości przypadków uchronić chorego od ciężkich kalectw, które sprowadza zaniedbanie tych schorzeń. Na pierwszy plan wysuwa się tu gruźlica kręgów, która rozpoznana i leczona wcześnie, może przejść bez wybitnego garbu, bez wyniszczających długiem ropieniem przetok i bez porażeń. Przy gruźlicy stawowej zaniedbanej dochodzi do ciężkich zaburzeń czynnościowych z powodu przykurczeń i zesztywnień stawów, patologicznych zwichnięć i innych zniekształceń, których nigdy w stopniu tak wysokim nie widzimy przy wczesnem zastosowaniu leczenia.

Nie tylko jednak w kierunku rozpoznawczym przychodnie przeciwgruźlicze mają do spełnienia obszerne i wdzięczne zadanie. Przy chorobie tak długotrwałej i wymagającej leczenia żmudnego, które tylko przy wielkiej wytrwałości rodziców można u dziecka przeprowadzić, strona uświadamiająca i pouczająca działalności przychodni nabiera szczególnego znaczenia i doniosłości.

Co się zaś tyczy opieki materjalnej, pomocy żywnościowej, rozdawnictwa leków, zwłaszcza tranu rybiego, to jest rzeczą oczywistą, że w tym kierunku pomoc instytucyj społecznych jest dla biednych chorych nie mniej ważną przy gruźlicy t. zw. chirurgicznej, jak przy płucnej.

Widzimy więc, że przychodnie przeciwgruźlicze powinny swą działalnością obejmować wszelkie postacie gruźlicy, nietylko płucnej, gdyż i na polu zwalczania gruźlicy pozapłucnej mogą wykazać użyteczność bardzo daleko idącą.

W łódzkiej sekcji do walki z gruźlicą na gruźlicę chirurgiczną jest położony duży nacisk.

W swem założeniu organizacja pomyślana jest taksamo, jak w stosunku do gruźlicy płucnej, t. zn. że Sekcja jest instytucją centralną, kwalifikująca chorych, zależnie od wskazań klinicznych 1. do szpitali, 2. do miejskiej stacji światłoleczniczej, 3. na miejskie kolonie letnie w zdrojowiskach krajowych (Busk, Rabka, Gdynia), 4. pod opiekę chirurga, który leczy w mieszkaniach chorych obłożnie, a niekoniecznie potrzebujących pomocy szpitalnej, 5. do leczenia w ambulatorjach miejskich.

Ten typ organizacji wykazał bardzo dodatnią działalność zwłaszcza w czasach okupacyjnych w Łodzi, kiedy skutkiem ogólnego bezrobocia i nędzy, gruźlica chirurgiczna, szczególnie u dzieci, przybierała charakter prawdziwej klęski społecznej. Wobec małej ilości miejsc szpitalnych w Łodzi, można było przy tej organizacji gospodarować niemi racjonalnie, skierowując do szpitali jedynie chorych koniecznie wymagających leczenia szpitalnego, głównie operacyjnego, zapewniając innym leczenie bądź opatrunkami w ambulatorjach, czy w domu, bądź leczenie naświetlaniami. Możliwem jest, że w takiej np. Francji nasza organizacja nie jest konieczna, gdyż wobec rozgałęzionej sieci zakładów leczniczych, przeznaczonych wyłącznie dla gruźlicy pozapłucnej, każdy chory, zwłaszcza dziecko, znajdzie możność leczenia się w zakładzie. W Polsce jednak, wobec małej ilości szpitali, a przy zupełnym braku zakładów dla gruźlicy chirurgicznej przeznaczonych, organizacja taka umożliwia racjonalne wyzyskanie tych nielicznych miejsc szpitalnych, które mogą być oddane dla gruźlicy pozapłucnej i zapewnienie innych sposobów leczenia chorym, dla których miejsc szpitalnych nie starczy. Brak bowiem oddziałów szpitalnych lub sanatorjów specjalnych dla gruźlicy chirurgicznej jest jedną z najbardziej palących bolączek naszego szpitalnictwa. Każdy z lekarzy, pracujących w szpitalu chirurgicznym, zwłaszcza dziecięcym, zna te walki, staczane z rodzicami, którzy niejednokrotnie miesiącami całemi szturmują do szpitala, zanim im się uda umieścić dziecko chore na gruźlicę chirurgiczną. W naszych ciężkich warunkach finansowych zarówno państwa, jak samorządów, otwiera się tu wielkie zadanie społeczne do spełnienia dla Kas chorych które, obejmując ubezpieczeniem przeważnie ludność niezamożną, dostarczają też głównego kontyngensu gruźlicy chirurgicznej, a mianowicie: zakładanie specjalnych szpitali dla gruźlicy chirurgicznej, położonych w warunkach klimatycznie najodpowiedniejszych, a więc w górach i nad morzem, zaopatrzonych w urządzenia chirurgji, i światłolecznictwo i pozostających pod kierownictwem wyszkolonych lekarzy specjalistów.

Ostatnio stawiane jest jeszcze jedno racjonalne żądanie w tym zakresie, mianowicie, aby leczenie ambulatoryjne gruźlicy chirurgicznej prowadzone było w odrębnych ambulatorjach. Żądanie to jest zupełnie uzasadnione ze względu na możność wprowadzenia wtórnego zakażenia podczas opatrunków, a zwłaszcza przy nakłóciach ropni zimnych, dokonywanych w ogólnych ambulatorjach. Sprawa ta nie jest małej wagi, gdyż rzeczą jest znaną każdemu chirurgowi, jak fatalny wpływ na przebieg gruźlicy chirurgicznej ma zakażenie zimnego, a więc aseptycznego ropnia, zarazkami ropotwórczemi. W ambulatorjach klinicznych, czy szpitalnych, należycie urządzonych i zaopatrzonych w personel wyrobiony pod względem aseptyki chirurgicznej, rzecz ta może być zbyteczną; w instytucjach natomiast udzielających masowej pomocy, o bardzo obfitym materjale ostrych spraw ropnych, więc przedewszystkiem w ambulatorjach Kasy Chorych, staje się sprawą pierwszorzędnej doniosłości.

Reasumując najważniejsze dezyderaty w sprawie zwalczania gruźlicy chirurgicznej przychodzimy do wniosku, że koniecznem jest:

1. Wyznaczanie w Przychodniach przeciwgruźliczych należnego miejsca walce z gruźlicą pozapłucna;
2. zakładanie w Przychodniach stacji światłoleczniczych;
3. zakładanie specjalnych sanatorjów dla gruźlicy pozapłucnej w górach lub nad morzem;
4. zakładanie specjalnych ambulatorjów dla gruźlicy chirurgicznej zwłaszcza przy ambulatorjach Kas Chorych;
5. zakładanie kolonij leczniczych w uzdrowiskach o źródłach solankowych — na wzór kolonji w Rabce i Busku.

*) Referat uzupełniający do referatu głównego: „Rola przychodni w walce społecznej z gruźlicą". I. Ogólno-polski Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie 16 i 17 maja 1925.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Bronisław FRENKIEL Łódź.

Ze studjów nad układem współczulnym.

Z Oddziału nerwowego Szpit. O. K. Nr. IV. w Łodzi.

Podwójne unerwienie narządów wewnętrznych przez układ nerwowy współczulny uważa się niemal za zupełnie ustalone. Unerwienie to jest nie tylko podwójne, ale jednocześnie antagonistyczne, przyczem autorzy rozumieją to w ten sposób, że każdy narząd o czynności t. zw. wegetatywnej otrzymuje podrażnienia nerwowo-ruchowe z dwu różnych miejsc układu ośrodkowego nerwowego za pośrednictwem dwóch różnych nerwów współczulnych *(ortosympathicus i parasympathicus)*[1]), których działanie jest zawsze odwrotne: tam, gdzie *parasympathicus* (względnie *vagus*) do czynności narząd pobudza[2]), *ortosympathicus* czynność hamuje i na odwrót.

Liczne doświadczenia dowiodły słuszności tego twierdzenia dla serca, przewodu pokarmowego, naczyń krwionośnych, tęczówki i t. d. Należy jednakże zwrócić uwagę na to, że dla wielu narządów, względnie ich czynności, podwójne współczulne unerwienie nie jest jeszcze ustalone. Jako przykład wskażę czynność gruczołów potowych; jak wiemy, są one unerwione przez włókna ortosympatyczne (które notabene pod względem farmakologicznym zachowują się, jak nerw błędny). Z. R. Müller przypuszcza istnienie w tych gruczołach również włókien parasympatycznych,

[1]) Podług terminologji Laiguel-Lavastinéa.
[2]) Względnie utrzymuje pewien stan napięciowy.

pobudzających czynność poto-wydzielniczą, powodując wydzielanie się potu jakościowo odrębnego od zwykłego potu (t. zw. pot zimny). Na hipotezę Müllera nie posiadamy żadnych dowodów, zwłaszcza anatomicznych. Właśnie ta nieudowodniona hipoteza Müllera jest wynikiem dążności do zupełnego uogólnienia twierdzenia o antagonistycznem współczulnem unerwieniu narządów, uogólnienia, które jest conajmniej przedwczesne, a bezcelowe z punktu widzenia biologicznego. Twierdzenie to mojem zdaniem może spełniać rolę li tylko hipotezy heurystycznej, zmuszając nas do nowych poszukiwań anatomicznych, względnie farmako-fizjologicznych w tym kierunku.

Ale nawet tam, gdzie badania anatomiczne wykazały podwójne współczulne unerwienie, fizjologja doświadczalna nie zawsze ustaliła ich działanie antagonistyczne. Kudrawietzky i Modrakowski dowiedli, że drażnienie n. błędnego wywołuje wzmożenie wydzielania trzustki; jednakowoż wydzielanie trzustki powiększa się również i pod wpływem drażnienia włókien ortosympatycznych, aczkolwiek w stopniu mniejszym[3]). W tym przypadku więc można raczej mówić o synergistycznem działaniu obu nerwów współczulnych. Co więcej, po sparaliżowaniu zapomocą atropiny zakończeń n. błędnego drażnienie włókien ortosympatycznych wywołuje skutek większy, niż normalnie. Nerw współczulny (orto) zatem obejmuje zastępczo czynność n. błędnego.

Dwa powyższe przykłady wskazują na konieczność licznych zastrzeżeń, co do uogólnienia zasady o podwójnem antagonistycznem unerwieniu współczulnem, zasady, która zdaniem Müllera stanowi podstawową różnicę odśrodkowego unerwienia w układzie wegetatywnym i t. zw. zwierzęcym.

Należy z kolei poddać analizie mechanizm antagonizmu unerwienia współczulnego tam, gdzie on jest bezsprzecznie stwierdzony.

Wiadomo, że podrażnienie włókien parasympatycznych w n. okoruchowym (N. III.) wywołuje zwężenie źrenicy, a podrażnienie włókien ortosympatycznych jej rozszerzenie. N. okoruchowy (a właściwie parasympatyczne jego włókna) unerwia zwieracz tęczówki, i jego podrażnienie wywołuje skurcz tego mięśnia; nerw współczulny właściwy (*ortosympathicus*) wywołuje skurcz innego mięśnia tęczówki *(m. dilatator pupillae)*, powodując rozszerzenie źrenicy. Dwa więc nerwy współczulne działają na dwa różne mięśnie, na dwa różne narządy wykonawcze. Oba nerwy wywołują analogiczny stan czynnościowy (skurcz mięśnia), ale w różnych narządach, których działanie jest wzajemnie odwrotne. Gdyby udało się nerwy przeszczepić (to jest n. parasympatyczny połączyć z *m. dilatator*, a n. sympatyczny z *m. sphincter pupillae*), otrzymalibyśmy przy drażnieniu tych nerwów rezultat odwrotny, niż zazwyczaj. Widzimy, że obie części układu współczulnego prowadzą coprawda do wyniku antagonistycznego, ale zapomocą takiego samego mechanizmu, jaki znany nam jest i w układzie t. zw. zwierzęcym. Taki sam antagonizm unerwienia zachodzi np. między zginaczami i rozginaczami przedramienia. Jeżeli pewien kompleks stawowo-kostno-mięśniowy[4]) uznamy za narząd, w takim razie można powiedzieć, że każdy z tych narządów jest antagonistycznie unerwiony. Gdzież jest wzmiankowana różnica (Müller) w unerwieniu zwykłem i współczulnem?[5]).

Inny jest mechanizm antagonistycznego działania nerwów współczulnych w sercu. Nerw błędny (parasymp.) hamuje czynność mięśnia sercowego pod każdym względem (chrono-bathmo-dromo i inotropizm). Nerw błędny wywiera swój wpływ za pośrednictwem wewnątrzściennych ośrodków nerwowych (intramuralnych). Ośrodki te, rozrzucone w wielu miejscach w mięśniu sercowym, grupują się głównie w dwóch: 1) przy wejściu *vena cava superior* do prawego przedsionka i 2) między przedsionkiem i komorami, a więc w bezpośrednim sąsiedztwie z temi szczególnemi tworami, którym fizjologja dzisiejsza przypisuje główną rolę w czynności mięśnia sercowego, a które pod względem histologicznym stanowią tkankę, pośrednią między nerwową, a mięśniową (analogicznie do t. zw. Endplatte w mięśniach — tkanka węzłowa — tissu nodal). Wewnątrzścienne nerwowe ośrodki zdolne są do wywoływania skurczów oraz rozkurczów n. sercowego samoistnie (automatyzm). Stosunek ośrodków nerwowych do ośrodków mięśniowych (węzeł zatokowy i system His-Tawara) nie jest nam znany. Wobec tego musimy wszystkie te trzy twory (ośrodki nerwowe ścienne, ośrodki węzłowe łącznie z mięśniem sercowym) uważać za jeden wspólny aparat wykonawczy, na który dopiero działanie swoje wywierają nerwy współczulne pozasercowe, i właśnie w znaczeniu antagonistycznem. Ten aparat wykonawczy w całości jest pobudzany przez n. ortosympatyczny[6]), a hamowany przez n. błędny. Oba nerwy współczulne wywołują w jednym i tym organie wykonawczym istotnie odwrotny stan czynnościowy. Zachodzi więc tu prawdziwy czynnościowy antagonizm. Tu już przeszczepienie nerwów jest niemożliwe, ponieważ oba nerwy kończą się w jednym i tym samym narządzie[7]).

Wiemy, że antagonizm ten dochodzi do skutku za pośrednictwem zmian w rozkładzie jonów, które są w ten sposób jakoby narzędziem nerwów współczulnych (Kraus i Zondek). Są one takiem narzędziem, bez którego wpływ nerwów współczulnych na serce jest niemożliwy.

Wpływ ten jest zupełnie uzależniony od obecności jonów Ca i jonów K. W warunkach, kiedy niemożliwa jest przewaga jonów K, a istnieje nadwyżka stosunkowa jonów Ca, drażnienie n. błędnego wywołuje taki skutek, jaki w warunkach zwykłych wywiera drażnienie n. przyśpieszającego (ortosymp.). W tych zmienionych, co do układu jonów, okolicznościach n. błędny działa na aparat wykonawczy serca w sposób antagonistyczny do swego zwykłego swoistego działania. Zaznaczyć należy, że, przyjmując istnienie hamującego działania n. błędnego na ośrodki wewnątrzścienne serca, posługujemy się niewiadomą. Dotychczas bowiem pojęcie czynności hamowania, tak codziennie w fizjologji układu nerwowego używane, jest najzupełniej ciemne. Mechanizm hamowania nie jest wyjaśniony, nawet w zastosowaniu nowoczesnych danych z dziedziny elektrolitów[8]).

Antagonizm nerwów współczulnych w przewodzie pokarmowym (w jelitach) przedstawia się tak samo, jak w sercu. Panujące tu stosunki, jak również w gruczołach ślino-wydzielniczych zaciemnione są przez czynnik wpływu na proces wydzielania i charakter wydzieliny, stanu naczyń, które z kolei również poddane są przeciwniczym wpływom współczulnym.

Gdybyśmy zgodzili się na pogląd niektórych autorów (zwłaszcza francuskich), że układy współczulne ścienne są związane wyłącznie z nerwami parasympatycznemi, i że

[3]) Podobne stosunki zostały udowodnione przez Langley'a dla pęcherza żabiego.

[4]) Analogicznie do tęczówki i źrenicy.

[5]) Dodać należy, że aczkolwiek tęczówka ma dwa mięśnie, zwieracz i rozszerzacz, gra czynnościowa w warunkach normalnych polega głównie na zmianach napięcia w obrębie zwieracza. M. dilatator jest mięśniem niemal zanikowym (membrane dilatatrice). Badania doświadczalne dowiodły, że odruch świetlny źrenicy polega na podrażnieniu ośrodka parasympatycznego, a odruch bólowy (rozszerzenie) na zahamowaniu napięcia tegoż ośrodka.

[6]) Nowsze badania wykazały, że n. współczulny (orto) ma niejednakowe działanie w stosunku do różnych cech czynności serca.

[7]) Sposób połączenia nerwów ekstrakardjalnych z wewnątrzościennemi — (automatycznemi) ośrodkami serca jest zupełnie nieznany; wiadomo tylko, że lewy n. błędny ma związek przeważnie z węzłem przedsionkowo-komorowym, a prawy n. błędny i n. przyśpieszający (ortosymp.) z węzłem zatokowo-przedsionkowym.

[8]) Teorja Gaskella pierwotnego isnienia drugiej warstwy mięśniowej w sercu i w przewodzie pokarmowym, warstwy, która w rozwoju filogenetycznym znikła, a swój aparat unerwiający pozostawiła, — jest bardzo niedostatecznie udowodniona.

nerwy ortosympatyczne wcale na nie nie działają, wówczas ten antagonizm czynnościowy, który pozwoliliśmy sobie nazwać istotnym, zostałby sprowadzony do formy, właściwej dla tęczówki. Nerw ortosympatyczny zarządzałby innym organem wykonawczym, aniżeli nerw błędny. Ale jakim? Podwójnych organów wykonawczych w sercu, jelitach i t. d. nie znamy, i niema żadnych dowodów na stwierdzenie wyłącznego związku automatycznych ośrodków współczulnych, zawartych w narządach z nerwem parasympatycznym (*vagus*)[9]).

Nerwy współczulne jeszcze w inny sposób dopinają swego celu wywołania antagonistycznych stanów w podwładnych sobie narządach. Rozważmy dla przykładu czynność pęcherza. Ten worek mięśniowy składa się z 2 mięśni: *m. detrusor* i *m. sphincter*. Każdy z nerwów współczulnych (*n. pelvicus* jako *parasympathicus* i *n. hypogastricus* jako *ortosympathicus*) kończy się w obu tych mięśniach. Drażnienie *n. pelvicus* wywołuje skurcz *m. detrusor* i rozkurcz zwieracza, odwrotnie drażnienie *n. hypogastrici* — skurcz zwieracza i rozkurcz *m. detrusor*. W czynności opróżniania pęcherza biorą udział wspólnie oba mięśnie, które jako organy wykonawcze są względem siebie ustawione przeciwniczo (tak jak mięśnie tęczówki), ale i nerwy współczulne jednocześnie wywołują w obu tych mięśniach antagonistyczny stan czynnościowy (skurcz, rozkurcz). Tego rodzaju mechanizmowi B a s c h nadał miano unerwienia skrzyżowanego; jest to niejako połączeniem dwóch już poprzednio wspomnianych sposobów przeciwniczego działania obu nerwów współczulnych. Taki sam mechanizm spotykamy w kiszce prostej i żołądku. W tym ostatnim w najczystszej formie, bowiem proces opróżniania żołądka i jego perystaltycznej działalności zależny jest wyłącznie od układu współczulnego, podczas kiedy w opróżnianiu pęcherza i kiszki prostej pewien udział ma i układ nerwowy t. zw. zwierzęcy. W żołądku n. błędny, wywołując skurcz ścian mięśniowych, jednocześnie otwiera odźwiernik, który odwrotnie kurczy się pod wpływem nerwów trzewiowych (nn. splanchnici)[10]). Podrażnienie n. błędnego rozkurcza zapewne również okolicę mięśniową wpustu, powodując jego rozwarcie (Openchowski)[11]).

Wszystkie znane mi antagonizmy n. błędnego i sympatycznego (*orto*) można sprowadzić, co do ich mechanizmu, do jednego z 3-ch wymienionych wyżej typów.

1) Nerwy współczulne unerwiają 2 różne mięśnie, których działanie jest wzajemnie przeciwne, i wywołują w nich analogiczny stan, (skurcz).

2) Nerwy współczulne działają na jeden i ten sam mięsień (względnie aparat wykonawczy nerwowo-mięśniowy), przyczem jeden z nerwów pobudza czynność, a drugi ją hamuje.

3) Każdy z nerwów współczulnych unerwia 2 mięśnie, ustawione antagonistycznie, powodując jednocześnie w jednym z nich skurcz, a w drugim rozkurcz (unerwienie skrzyżowane).

Wszystkie powyższe uwagi dotyczą rozważania, jak działają nerwy współczulne, w jaki sposób prowadzą one do różnych stanów czynnościowych w narządach wykonawczych, nic nie mówiąc, dlaczego dzieje się tak właśnie, a nie inaczej. To zagadnienie zdaniem mojem będzie rozwiązane na drodze badań anatomo-porównawczych i filogenetycznych.

W każdym bądź razie przeciwnicze działanie obu części układu współczulnego jest przejawem biologicznego synergizmu, który znalazł swój wyraz anatomiczno-fizjolog. w istnieniu naczelnych ośrodków (*corpus striatum*, względnie dno trzeciej komory).

Piśmiennictwo:

1) M ü l l e r L. R.: Die Lebensnerwen 1924; — 2) G u i l l a u m e: Le sympathique 1921; — 3) L a i g n e l - L a v a s t i n e: Pathologie du sympathique 1924; — 4) L a n g l e y: Das autonome Nerwensystem 1922; — 5) T h o m a s: Le reflexe pilomoteur, 1921; 6) D r e s e l: Erkrankungen des veget. Nerwensystems, 1924; — 7) B r ü n i n g i S t a h l: Die Chirurgie des vegetativen Nerwensystems, 1924.

Artykuły Krausa, Zondek'a, Dresla, Danielopolu, Glasera i inne.

[9]) Jeżeli chodzi o serce, moglibyśmy sobie wyobrazić takie stosunki: n. przyśpieszający działa wprost (?) na ośrodki węzłowe (zatokowy i przedsionkowo-komorowy), a n. błędny na ośrodki współczulne, które z kolei działają dopiero na układ przewodnictwa sercowego (Reizleitungsystem). Przypuszczenie takie nie ma przecież żadnych podstaw ani doświadczalnych ani histologicznych.

[10]) K l e e i K o e n n e c k e.

[11]) W ductus choledochus i w zwieraczu Odiego stosunki przypominają zasady skrzyżowanego unerwienia.

Oceny i sprawozdania.

Redaktor: Dr. Dyonizy H e l l i n. **Lekarz Kasy chorych.** Warszawa. 1925. Rok. I. Zeszyt I.

Nagłe i bez wszelkiego stopniowania wprowadzenie przymusowych Kas chorych dla wielkiej części ludności miast Polski zmieniło rewolucyjnie stanowisko społeczne i materjalne stanu lekarskiego. Najwybitniejszą cechą, różniącą tę organizacę ubezpieczeniową od podobnych istniejących gdzieindziej, więc przedewszystkiem w krainie w tym względzie klasycznej, w Niemczech, jest, że w Niemczech isnieje kilka typów Kas chorych[1]). Nawet w małem mieście istnieją po dwie i trzy Kasy chorych, w wielkiem nawet więcej. I oto różnica w stopniu zależności robotnika od fabrykanta, lekarza — od Kasy chorych, w takiej n. p. Łodzi, na tem polega, że robotnik, pozbawiony pracy w jednej fabryce, może ją otrzymać w innej; lekarz łódzkiej Kasy chorych, straciwszy tam pracę w tem mieście, gdzie jakichś 70%[2]) ludności należy do Kasy chorych, pozostaje skazany na głód, w ścisłem znaczeniu tego słowa. I to nietylko lekarz młody, ale nawet lekarz od dłuższego czasu w mieście osiadły.

W tym stanie rzeczy lekarze zdradziliby przyszłość własnego zawodu, gdyby zaniedbali obrony moralnej swego stanowiska i obrony materjalnej.

Obronę tę prowadzić powinni zarówno na drodze prawodawczej, jak i społecznej. Instrumentem tej obrony może być i powinna być organizacja, jaką jest Związek Lekarzy P. P. A jednym ze środków — słowo pisane, prasa zawodowo-społeczna. Ze zrozumiałą więc radością każdy z nas brał w rękę zeszyt, zatytułowany „Lekarz Kasy Chorych". Przeczytanie jednak tego zeszytu, już w pierwszej chwili, doprowadza do krótkiego sądu; złą usługę wyświadczył Wydawca i Redaktor tego pisma lekarzom wogóle, lekarzom Kasy chorych w szczególności, występując w swoim piśmie, jako rzecznik sprawy lekarskiej. Nie w ten bowiem sposób należy stawać do obrony swoich interesów i do koniecznej współpracy z istniejącą, a potężną organizacją. Nie złorzeczenia i skargi mogą być wytyczną, której wyczekiwaliśmy w pierwszym numerze tego miesięcznika.

Niewątpliwie, ten i ów znajdzie „wydrukowane", co przemyślał, przebolał i przezłorzeczył; ale nie po to wydaje się pismo, które ma przyczynić się do umożliwienia bytu lekarzy Kasy chorych, najpotężniejszej organizacji po państwie. Tyle o wrażeniu ogólnem.

Przejdźmy do szczegółów.

[1]) Typy niemieckich Kas Chorych: Allgemeine Krankenkassen; Gemeinde-; Orts-; Betriebs-; Bau-; Knappschafts-; Hilfs-; Krankenkassen. Istnieją też i prywatne Kasy, pełno-prawne (t. zw. dopuszczone) n. p. Hamburska Kasa pomocników handlowych, mająca filje w całych Niemczech.

[2]) 20% stanowią: bezrobotni, wyrobnicy, dalej pracujący na własną rękę, n. p. szwaczki, szewcy i t. p., — u lekarzy leczy się prywatnie stale zaledwie 5—10% ludności; rzecz prosta, każdy ubezpieczony częściej, lub rzadziej, ucieka od pomocy Kasy Chorych, gdzie lekarz musi podług narzuconej umowy w ciągu godziny przemleć kilkunastu chorych.

Więc przedewszyskiem: cały zeszyt wyszedł z pod pióra jednego autora. Jest to fakt o tyle szczęśliwy, że odpowiedzialność za ton i treść nie spada na jakieś grono lekarskie. Jest to organ własny redaktora. Potwierdza to autor w zdaniu, mówiąc (str. 1.) o zamiarze: „nawiązania żywego kontaktu ze wszystkiemi organizacjami lekarskiemi Kasy chorych".

Projekt zrzeszenia się wszystkich grup lekarzy kasowych należy uznać za zabójczy. Wypływa on u autora logicznie z tego, że nie wspomina on nigdzie o fakcie istnienia Związku Lek. P. P. Autor, zdaje się, zapomina, że lekarz Kasy chorych **dziś**, może nim nie być **jutro**. Autor uznaje tylko interesy tych, którzy są — o ironjo! — beati possidentes, zapominając o pozostałych, którzy chętnie na ową posesję zamach czynić będą, jako niezwiązani żadnym zobowiązaniem, a nawet wykluczeni z owych zrzeszeń, przez autora tak gorąco polecanych. Tembardziej szkodliwem jest poczynanie „Lekarza K. Ch.", że godzi on na własną rękę przeciw istniejącemu Związkowi Lekarzy P. P., który ma za hasło obronę interesów moralnych i materjalnych lekarzy polskich wogóle, a nie wyłącznie tych, którym się już udało otrzymać stanowiska w K. Ch. i radziby narzucić wszystkim lekarzom obowiązek bronienia ich chwilowego stanu posiadania.

Niewątpliwie, redaktor „Lekarza K. Ch." uprzedził Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. w jego planach wydawania pisma perjodycznego, ale zgoła go nie zastąpił. Zadaniem bowiem pisma powinno być poszukiwanie sposobów uzgodnienia interesów ubezpieczonych z nadaniem lekarzom tych praw, jakie im się z racji ich stanowiska w Kasie Ch. należą. Bardzo razi cały szereg stronic, mających charakter polityczno-publicyst. i to w nieszczególnym gatunku; a już dla samej bronionej, rzekomo, sprawy szkodliwych. Brak też w „Lekarz K. Ch." zupełny zrozumienia zasad demokratycznych, kiedy autor mówi „o rządach owych rozmaitych kupców, rzemieślników, drobnych urzędników i jakichś nauczycieli, lub właścicieli fabryk".

Autor zdradza, mojem zdaniem, (pomimo przytaczania wielkiej ilości faktów z Francji, Niemiec i t. d.) słabą znajomość w zakresie spraw, podlegających kompetencji ubezpieczeń na wypadek choroby. Pisze n. p. (str. 22): „gdyby K. Ch. zajęły się **przedewszystkiem**[3]) organizacją higieny mieszkań, pożywienia, odzieży, ciała, szerzeniem sportu wśród młodzieży, urządzaniem ogrodów, parków, przeprowadzeniem zakazu pracy chorych z otwartą gruźlicą w pomieszczeniach fabrycznych, sypiania chorych gruźliczych w jednem łóżku ze zdrowymi, wtedy dopiero sprawa postawiona by była na należytej wysokości".

Tego rodzaju ustępy muszą wzbudzić w kompetentnych sferach K. Ch. śmiech; tak jak wzbudzi śmiech w sferach lekarskich ustęp, na stronicy 21, gdzie mowa o zmniejszeniu się cyfry chorych na gruźlicę z 42—50% do 17% po upływie czterech lat, dzięki zabiegom ze strony Towarzystwa Ubezpieczeń. Autor, który znalazł miasta z 50% ludności chorej na gruźlicę płuc może łatwo usłyszeć replikę, że doprowadzenie tej liczby do 14% zależało od wymarcia owych 36%.

Szwankuje też przytaczana kazuistyka przez „Lekarza K. Ch.". Tak n. p. przytaczane fakty, jakoby w Łodzi lekarza wydalono za krytykę stanu czystości ambulatorjów, jest wymysłem. Takim samym wymysłem jest (str. 26) skreślenie zalecania lekarskiego w sprawie Roentgena. Nieścisłemi są dane, tyczące ilości „łamistrejków" w Tomaszowie. Nie było ich 6-ciu, tylko trzech.

W walce o swą niezależność moralną i o przyszłość stanu lekarskiego lekarze polscy stanąć muszą na stanowisku faktu istnienia Kas chorych, których pożytek zależy w stopniu znakomitym od lekarzy właśnie. Jeśli w chwili obecnej Zarządy Kasy Chorych tego nie rozumieją; jeśli w prawdziwym wyścigu jedne uprzedzają drugie w lekceważeniu stanowiska lekarzy, to przeciwstawić się tym prądom mogą nie bezpośrednio zainteresowane zrzeszenia lekarzy Kas Chorych, lecz zrzeszenie wszystkich lekarzy, pod sztandarem Związku Lekarzy P. P.

Wszystkich więc, zarówno lekarzy praktyków, jak i wychowawców nowego pokolenia lekarskiego, profesorów uniwersytetów, tak i lekarzy państwowych. Ci bowiem, jeśli słusznie rozumieją swoje obowiązki nadzoru nad przymusowem ubezpieczeniem na wypadek choroby, zrozumieć muszą ten nadzór jako opiekę nad ubezpieczonym, w której rola **główna** przypada lekarzom.

Istniejąca zupełna zależność lekarzy od jedynych w danej miejscowości chlebodawców lekarskich, czyni z lekarzy li tylko urzędników, formalnie załatwiających swe obowiązki. Zarządy Kasy Chorych muszą być przekonane przez czynniki miarodajne, że wcale nie służą pożytkowi ubezpieczonych, jeśli od lekarzy wymagają dwu jedynie cnót: by byli tanimi i posłusznymi.

Zjawienie się pierwszego zeszytu „Lekarza K. Ch." należy uważać za wyraz afektu, zupełnie usprawiedliwionego na widok tych niekonsekwencyj, niesprawiedliwości i bezplanowości, jakie widzimy w działalności wielu Zarządów Kas Chorych. Tem się da usprawiedliwić sam fakt napisania zeszytu przez jednego autora, zarówno jak i ton, cechujący cały zeszyt.

Ale zadaniem takiego pisma musi być już od pierwszego zeszytu: krytyczne, spokojne, rzeczowe rozpatrzenie stanu obecnego, i na takiem samem stanowisku należy pozostać przy kreśleniu planu akcji obronnej ze strony lekarskiej.

Takie n. p. zdanie, jak (str. 17), że „cała działalność Kas Ch. staje się poniekąd możliwą dzięki ofiarom" ze strony lekarzy, stać się może jedynie dobrym celem pocisków ze strony Zarządów K. Chorych, ale zgoła nie jest ani krytycznem, ani spokojnem, ani rzeczowem. Taktyką takich frazesów zwycięstw się nie odnosi. To jest krasomówstwo demagogiczne. Dosyć go mamy w życiu naszem na wszystkich polach, wszędzie tam, gdzie ludzie robią karjerę. Nam nie o karjery chodzi; my mamy bronić godności stanu lekarskiego od dalszego staczania się do poziomu bezwolnych czeladników u majstra: Kasy Chorych.

Seweryn Sterling.

Przegląd piśmiennictwa.

Bulletin de l'Académie de Médicine.

Nr. 15.

Leclercq, Leroy, Vaillant. **Małe ognisko epidemiczne w okolicy Pas-de-Calais. Wybuch nieznanej epidemji.** Autorzy obserwowali w ciągu 8 dni stycznia r. b. ciekawą chorobę u 20 osobników.

Początek nagły. Zaledwie na kilka godzin przedtem występował nieznaczny ból głowy i zmęczenie, czemu zresztą chorzy nie przypisywali żadnego znaczenia. Nagle przychodziło odurzenie, trwoga, oddychanie stawało się szybkie i powierzchowne, gwałtowny ból głowy, utrata przytomności. Chorzy siadali lub kładli się. Podczas tego stanu: trwającego od 5 minut do 3 lub 4 godzin, twarz stawała się fioletowa, występowało drżenie i podniecenie nerwowe. Nadto na twarzy szyi, rękach, nogach, tułowiu, a zwłaszcza na miejscu starych blizn występywała wysypka czerwona rozległa, o brzegach mniej lub więcej ograniczonych, lekko wzniesionych, konturach polycyklicznych, „mapy geograficznej na ciele" — jak mówili świadkowie — nie swędząca Wysypka ta była przelotna, znikająca po kilku godzinach, pozostawiająca po sobie pęcherzyki drobne wielkości łebka szpilki, które wysychały i znikały zupełnie po 3—4 dniach.

Podczas całego przebiegu schorzenia ciepłota wahała się między 37,6°—37,8°; tętno regularne, dobrze napięte. Badanie krwi, wykonane u 2 osobników, wykazało poliglobulję (7,000.000—9,000.000), i leukocytozę 9.000, 10 000; obraz mikroskopowy był różny: u jednego prawie normalny,

---

[3]) Podkreślenie moje.

jedynie kwasochłonnych było 6%; u drugiego zaś mononuklearów było 24%. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny.

Po napadzie chorzy wracali do przytomności. Nie pamiętali, co zaszło w okresie poprzednim, lub pozostawało im słabe wspomnienie. Pozostawał im ból głowy i bolesne znużenie, lecz chorzy wstawali i chcieli powracać do swych zajęć. W następstwie chorzy dostawali jeszcze jeden lub dwa napady podobne, lecz mniej intensywne i krótsze w odstępie czasu od kilku godzin do jednej doby. Jeden chory miał 6 podobnych napadów w ciągu 2 dni; między 2-gim a 3-im napadem poszedł do przyjaciela, mieszkającego w odległości 3 kilometrów, gdzie dostał trzeciego napadu.

Choroba była obserwowana u 20 osobników różnych narodowości (Francuzi, Polacy, Włosi), zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w wieku od 15 do 48 lat.

Nr. 17.

D e l b e t i M e n d a r o. **Nabłoniaki wydzielające sutki.** Raki sutek przedstawiają pod względem histologicznym i klinicznym znaczną rozmaitość. Jedne prowadzą szybko, w 5—6 miesięcy do śmierci; po kilku miesiącach stają się nieoperacyjne; po 6 miesiącach wrzodzieją; są średnich rozmiarów, a pomimo to szybko prowadzą do śmierci; po operacji dają szybko recydywy. Z innemi natomiast, chorzy po latach kilkunastu nawet trzymają się dobrze; można je operować z dobrym skutkiem po 5—7 latach; skóry nie niszczą po 4—9 latach; raki te są olbrzymich rozmiarów, a jednak chorzy cieszą się względnie dobrem zdrowiem; po operacji leczą się zupełnie lub też dają recydywy dopiero po 10—12 latach.

Autor uderzony tą rozmaitością, przed 5 laty przedsięwziął ponowne zbadanie histologiczne preparatów raków sutki, operowanych od 1908 r., razem 200 przypadków.

Na podstawie tych badań autor podaje wskaźniki, pozwalające odróżnić formy dobrotliwe od złośliwych tego schorzenia. W pewnej ilości raków stwierdza autor istnienie wydzielania. W tych przypadkach właśnie, klinicznie stwierdzić można było ich łagodny przebieg Typ ten nazwał on (aczkolwiek nie zupełnie słusznie) »nabłoniakiem wydzielającym«, charakterystyczny obecnością w guzie substancji wydzielniczej trojakiego rodzaju:

1) białkowatego,
2) śluzowego,
3) mieszanego — białkowo-śluzowego.

Autor na podstawie swej statystyki z lat ostatnich wskazuje, że na 50 raków zbadanych histologicznie, śmiertelność w rakach niewydzielających przewyższa 50% w 4 lata po operacji, gdy tymczasem z operowanych nabłoniaków wydzielających ani jeden chory w przeciągu tego czasu nie umarł.

Przy nabłoniakach wydzielających śluzowych gruczoły sąsiednie są zupełnie niezajęte lub też bardzo mało; zajęcie gruczołów jest bardziej zaznaczone w przypadkach raków z wydzieliną białkowatą. Oprócz braku wydzielania autor wskazuje na inny czynnik złośliwości przebiegu: skłonność do zajęcia naczyń krwionośnych.

Kończąc, dochodzi autor do następnjących wniosków praktycznych:

1. We wszystkich przypadkach raka sutka należy zbadać, czy niema wydzielania białkowatego lub śluzowego; w razie stwierdzenia tego wydzielania, trzeba postawić prognozę dobrą.

2. W przypadkach raka sutka, nienadającego się do operacji przed odmową interwencji należy zrobić biopsję i zbadać, czy istnieje wydzielanie. Jeżeli rak należy do grupy wydzielających, trzeba operować, gdyż ma się i wtedy nawet znaczne szanse otrzymania wyniku dłuższego, niż 4-letniego.

Nr. 18.

D e s g r e z, B i e r r y i R a t h e r y. **Działanie fizjologiczne i terapeutyczne insuliny.** Autorzy badają od kilku lat działanie różnych insulin na człowieka i zwierzęta. Sposób titracji insuliny *jednostkami*, opierający się na badaniu cukru u zwierząt, nie może podług autorów stanowić dostatecznej podstawy w posologji insuliny. Ta ostatnia *winna* odpowiadać określonym znamionom czystości i *być podawana na wagę*, jak inne lekarstwa. Znamiona fizyczne proszku insuliny, określona minimalna ilość tej substancji, wymagana dla wywołania określonego działania fizjologicznego — stanowią poręczenia, których nie może dać *a priori* roztwór. Nadto, postać stała nadaje się do kontroli chemicznej.

Autorzy w swych badaniach używali insuliny czystej, otrzymanej w postaci proszku białego. Przyjmują, że insulina normalna winna wywołać obniżenie cukru we krwi diabetyka w ilości 10 miligramów. Badanie swe przeprowadzili na zwierzętach normalnych, na zwierzętach częściowo lub całkowicie pozbawionych trzustki i na chorych, dotkniętych cukrzycą.

Autorzy stwierdzili na zwierzętach zdrowych, że ta sama dawka insuliny (jednakowego pochodzenia) powoduje u zwierząt o tej samej wadze różne działania, że dawki wzrastające od pojedynczych do pięciokrotnych nie powodują skutków proporcjonalnych.

Insulina wydaje się być bardziej czynna u zwierząt, pozbawionych częściowo lub całkowicie trzustki, i to niezależnie od poziomu glikemji początkowej.

U ludzi z cukrzycą stwierdzili te same różnice indywidualne. Ta sama dawka insuliny daleka jest od spowodowania — u różnych chorych — takiego samego obniżenia glikemji. Poziom glikemji początkowej nie odgrywa — zdaje się — żadnej roli. Dalsze obserwacje doprowadziły autorów do wniosku, że dla każdego chorego istnieje dawka działająca insuliny (*optima)*, poniżej której działanie terapeutyczne zmniejsza się szybko. Ta dawka *optima* jest różna u różnych indywiduów. Przeważnie dawką *insuliny czynnej 0,02* otrzymuje się znaczne obniżenie glikosurji i równolegle acetonurji. U chorych ze znaczniejszem wydzielaniem ciał ketonowych i kwasu β-oksymasłowego niezbędnem jest podnieść dawki insuliny.

Dla każdego chorego trzeba określić tę dawkę *optima*. Przy *coma diabeticum* niezbędne są dawki bardzo duże na początku, później można powrócić do dawek słabszych.

Objawy lokalne po zastrzyku trwają średnio 48 godzin różnią się znacznie u różnych chorych, mogąc nie występować zupełnie; u tego samego chorego mogą też być różne, zależnie od sposobu przygotowania insuliny. Zdaje się, że te objawy mają skłonność do zmniejszania się po pewnym czasie.

Objawy ogólne mogą wystąpić albo zaraz po zastrzyku albo — częściej — w 4—5 godzin, objawiając się osłabieniem ogólnem, uczuciem głodu, dreszczykami, tachykardją i niekiedy bardzo obfitemi potami. Objawy ogólne zależne są zwykle od dawki zbyt wysokiej i ustępują szybko po spożyciu soku pomarańczowego.

D a n i e l o p o l u. **Patogeneza astmy i jej leczenie wewnętrzne i chirurgiczne.** Autor — po rozpatrzeniu patogenezy astmy — podaje, że najlepsze wyniki lecznicze otrzymuje się po podawaniu chorym na astmę *calcium chloratum 5,0—10,0 dziennie* całemi tygodniami; oprócz niej dobre wyniki daje niekiedy chinina i jodki.

Oprócz tego autor proponuje *sympatektomję szyjną* (oszczędzając *ganglion cervicale inf.*), przecięcie wszystkich włókien, pochodzących od nerwu błędnego i krtaniowego górnego, a dążących do klatki piersiowej, przecięcie nerwów kręgowych i wszystkich *rami communicantes*, łączących zwój szyjny dolny i nerw piersiowy z nerwami VI, VII, VIII szyjnemi i grzbietowym I. Operacja winna być obustronna i winna oszczędzać zwoju szyjnego dolnego, którego wycięcie przy dusznicy bolesnej dawało ciężkie objawy sercowe.

Nr. 19.

D e s g r e z w imieniu komisji: Martel, Hallion, L. Bernard, Labbé, Renault i Desgrez. **Odżywianie rybami.** Chcąc ocenić znaczenie ryb w pożywieniu trzeba przyjąć podział ryb, zależny od ilości ciał tłuszczowych. Ilość ta jest bardzo różna, przy dość stałej zawartości ciał białkowych, wahając się od 0,3% w kabljonach do 27,5% w jadalnej części węgorzy rzecznych. Odróżniają więc ryby *chude*, zawierające mniej niż 4% tłuszczu i *tłuste*, gdzie ilość tłuszczu przekracza 8—9%.

Porównując mięso ryb i zwierząt ssących stwierdza się następujące różnice:

1. Zawartość ciał białkowych niższa około 3% od tychże w mięsie ssaków;

2. Ciała tłuszczowe — przeważnie oleiny — w rybach znacznie bogatsze w fosfor, niż u ssaków;

3. Mniejsza zawartość w rybach ciał wyciągowych, zwłaszcza zasad purynowych (kwas moczowy);

4. ryby zawierają stosunkowo więcej wody i substancyj mineralnych (u ryb 1,60%, u ssaków 0,90%).

Zasady purynowe są dwa razy obfitsze w rybach tłustych, niż chudych.

Większa zawartość wody i tłuszczu u ryb sprzyja gniciu. Chociaż pod względem pożywienia ryby tworzą grupę dość różnorodną, zbliżają się znacznie do mięsa przez swą zawartość ciał białkowych, jednak mniejsza zawartość ciał, bogatych w kwas moczowy, daje rybie pierwszeństwo.

Absorbcja ryb w jelitach jest prawie zupełna. Ryba *świeża, chuda, powoduje* w warunkach identycznych *mniejszą fermentację*, z drugiej strony z powodu mniejszej zawartości ciał wyciągowych *mniej drażni nerki*. Te dwie własności pozwalają ją polecić dyspeptykom i albuminurykom.

W odżywianiu dzieci duża zawartość w rybach protamin, lecytyny i witamin przyśpiesza wzrost i zwiększa siły obronne ustroju przeciw infekcjom.

Jest ważnem, ażeby ryby były konsumowane w stanie świeżym; dzisiejsze wielkie postępy w konserwacji zimnem, pozwalają przesyłać je w stanie świeżym szybko w okolice bardziej oddalone.

L u t e m b a c h e r. **Teleauskultacja serca telefonem.** Autor demonstrował na posiedzeniu Akademji teleauskultację serca telefonem u chorych, dotkniętych różnemi wadami serca, a znajdujących się w zakładzie Gaumont.

Wszelkie szmery sercowe były bardzo dobrze słyszalne. 5. kwietnia autor wspólnie z Bernaert'em przy współudziale zakładu Gaumont z wysokości wieży Eiffel demonstrował szmery sercowe zapomocą radjotelefonu. I rzeczywiście liczni lekarze, posiadający aparaty radjo, mogli w dniu tym w przestrzeni 700 kilometrów szmery sercowe dobrze odróżniać.

N i g o u l - F o u s s a l. **Nikłe objawy gruźlicy.** Autor podaje, że istnieje stan intoksykacji pochodzenia gruźliczego, składający się z zespołu następujących objawów:

1. *Zbytnia wrażliwość na zimno*, nawet w porze letniej. Zwykle uważa się ją jako objaw niedomogi tarczycy, zwłaszcza, gdy jej towarzyszy otyłość. Autor zauważył u swych chorych, że leczenie opoterapeutyczne było źle znoszone.

2. *Otyłość* przedwczesna między 20—25 rokiem życia. Chorzy są nadęci, bardzo tłuści. Zresztą wiadomo, że otyłość jest zespołem wewnątrzwydzielniczym, spowodowanym najczęściej przez intoksykację lekką, lecz chroniczną.

3. *Wrażliwość szczególna na jady, szczepionki, surowice, autohemoterapję (anafilaksja).* U podobnych osobników często n. p. bardzo małe dawki *chinini sulfurici 0,25*, lub jeszcze mniej, wywołują alarmujący stan zatrucia. Zastrzyki surowicy wywołują u nich prawie zawsze kryzy hemoklastyczne i t. d.

Prawda, objawy te mogą wystąpić niekiedy też i u osób niegruźliczych, lecz u tych ostatnich występują stale.

4. *Częste bole głowy* z astenją i hipotonją.

5. *Zmienność ciepłoty* — w chwilach bolu, astenji ciepłota 37°—37,5°.

6. *Biegunka chroniczna*, apetyt kapryśny.

7. *Zmniejszone ciśnienie tętnicze* i *astenja*.

8. *Próchnica zębów, calcurja.*

Żaden z tych objawów oddzielnie wzięty niema znaczenia diagnostycznego, lecz łącznie razem stanowią zespół gruźliczy.

Nr. 22.

A r m a i n g a u d. **Postępowanie przeciwko spustoszeniom, czynionym przez odrę, usprawiedliwione doświadczeniem.** Autor przedstawiając serje obserwacyj epidemji odrowych zapytuje się, czy nie należałoby systematycznie narażać dzieci na zarażenie odrą, gdy stwierdza się wyjątkową dobrotliwość epidemji.

J a u s i o n, D i o t, V o u r e x a k i s. **Dożylna chemjoterapja rzeżączki, trypaflaviną.** Działanie przeciwgonokokowe *diamino-methyl-acridiny*, barwika syntetycznego grupy akrydyny, znanego bardziej pod nazwą *trypaflaviny* (Niemcy), *acriflaviny* (Anglo-Sasi) lub *gonocriny* (Francuzi) jest znane już od 1918 roku, kiedy to Davis i Harrel stwierdzili, że akryflawina powstrzymuje rozwój gonokoków *in vitro* w roztworze 1:300.000, gdy *protargol* jest bezskuteczny w roztworze 1:500. W 1919 roku Watson użył akryflawiny w 222 przypadkach trypra w armji angielskiej (zastrzyki *intraretralne).* Równocześnie jeszcze w czasie wojny europejskiej używano środka tego jako antiseptyka. W Ameryce, a następnie we Francji stosują go z powodzeniem w *colitis ulcerosa chronica.*

Bohland w Niemczech zaczął pierwszy stosować trypaflawinę *dożylnie* w chorobach zakaźnych i dowiódł, że ona nie drażni nigdy nerek (1919 r.). Od tego czasu trypaflawina jest używana drogą dożylną w różnych zakażeniach, jak n. p. w grypie, zapaleniach miedniczek nerkowych, gorączce połogowej, zapaleniach opon mózgowych, zapaleniach stawów, zapaleniach wsierdzia i w nagminnych zapaleniach mózgu.

Autorzy starali się wykorzystać trypaflawinę, używaną dotychczas przeciwko rzeżączce jedynie zewnętrznie do zastrzyków dożylnych i rzeczywiście stosując ją dożylnie otrzymali doskonałe wyniki. Radzą stosować zastrzyki co drugi dzień; wstrzykując po 5,0 cm^3 2% trypaflawiny (w 5,0 cm^3 — *trypaflavini 0,10)* u chorych ambulatoryjnych; w szpitalach lepiej stosować zastrzyki codziennie, wstrzykując 5,0 cm^3 trypaflawiny 1%, lub 2 razy dziennie (2 cm^3 i 3 cm^3) $^1/_2$%.

Lek ten jest odpowiedni we wszystkich okresach choroby. Metoda ta wymaga 10—15 zastrzyków w przypadkach świeżych, 20 — w starszych, do 30 — dla bardziej zastarzałych; leczenie lokalne i dieta — niepotrzebne.

W 67 przypadkach rzeżączki otrzymali 37 wyleczeń zupełnych, 26 polepszeń, w 4 przypadkach — polepszenie nie nastąpiło. Wszystkie świeże przypadki wyleczyły się zupełnie. Metoda powyższa da się zastosować do ambulatoryjnego leczenia.

K. Tyszka (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 9: H. H i g i e r: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby (c. d.). — G. R a c i ą ż e k: Teorja i praktyka współczesnego leczenia wapniem (dok.). — K. F i e d o r o w i c z: O przywróconym krwiobiegu. — W. S t e r l i n g: Przypadek zapalenia skóry złuszczającego typu Wilson-Brocqa, wyleczony promieniami Roentgena. — L. B a t a w i a: Elektrokoagulacja w ryno-laryngologji. — K. D ł u s k i: O stosowaniu preparatów z lasecznika Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego. — S. F r a n k: O leczeniu niektórych schorzeń wątroby Cholewalem Mercka. — M. K a c p r z a k: Wrażenia z Hagi. — E. B r u n e r: W sprawie organizacji Komitetu do walki z wilkiem. — L. Z a m e n h o f: Kilka uwag w sprawie sądów przy Izbach Lekarskich.

Nowiny Psychjatryczne Kwart. III.: R. R a d z i w i ł ł o w i c z: Alkoholizm i walka z nim w Polsce. — Al. P i o t r o w s k i: Kilka uwag o potrzebie zrewidowania naszych poglądów w przemiocie schizofrenji. — T e n ż e: § 53. 3 u. u. k. — O. B i e l a w s k i: Głos psychjatry w niektórych przypadkach zastosowania przepisu o ocenie błędnej zaistnienia okoliczności faktycznych czynu.

Przegląd Dentystyczny Nr. 8.: K. K o s i ń s k i: Anatomja okolicy gałęzi wstępującej żuchwy na tle własnych badań ze szczególnem uwzględnieniem anatomji otworu żuchwowego. — L. B r e n n e j s e n: Zgryzadła, a »model szczęki w ruchu«.

Przemysł Chemiczny: M. N i k i e l: Nowy przyrząd do oznaczania gęstości gazów.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3 marca 1925 r.

Przewodniczy prezes Kol. Sawicki.

Pokaz chorych: 1. Kol. S. Higier pokazuje 27-letniego **mężczyznę, którego pokąsał wściekły wilk.** Chory po 3 dniach rozpoczął szczepienie przeciw wściekliźnie; po 12 szczepieniach w następstwie libacji rozwinął się typowy obraz ostrego zapalenia rdzenia. Obraz chorego po kilku dniach zaczął się powoli cofać, obecnie chory jest prawie zdrów. Mówca rozpatruje momenty etjologiczne, uzależniając ostatecznie zachorzenie od szczepień i podaje 3 teorje, starające się wyjaśnić powstawanie ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień pasteurowskich. 1° teorję wodowstrętu poronnego, 2° zatrucia przez szczepiony »*virus fixe*, 3° zaatakowania rdzenia przez wytworzone przez sam szczepiony organizm zaczyny cytoliczne. Higier przyjmuje ostatecznie koncepcję cytolizyn i omawia znaczenie tej chwili etjologicznej zarówno dla leczenia, jak i dla pomyślnego rokowania.

Dyskusja: kol. H. Higier (senior) stwierdza, że właśnie częściej zachodzi ostre zapalenie rdzenia na tle zatrucia cytolizynami, nader zaś rzadko widzi się te schorzenia w następstwie samej wścieklizny. W praktyce powinna być stosowana ta metoda szczepień przeciw wściekliźnie, przy której wprowadzamy najmniej tkanki obcej organizmowi, t. j. metoda Högyes'a. Kol. Orzechowski: Obok najczęstszej postaci zajęcia rdzenia na wysokości lędźwiowo piersiowej bywają przypadki zajęcia rozleglejszych obszarów i także kombinacji z objawami korzonkowemi i neurytycznemi. Często się dołącza porażenie nerwu twarzowego, zwykle dobrotliwe. Są znane wcale częste przypadki izolowanego zajęcia nerwu twarzowego, natomiast za bardzo rzadkie uchodzą przypadki czystych zapaleń mnogich nerwów w przebiegu szczepień przeciw wściekliźnie. Takie 2 przypadki O. spostrzegał, jeden u alkoholika z łagodnym przebiegiem, drugi u kobiety w okresie przekwitania z miażdżycą tętnic, ciężki i długotrwały, który jednak także zakończył się wyleczeniem. Kol. Karłowski zauważa, że porażenia poszczepionkowe zdarzają się rzadko, nie częściej, niż 1 : 2500. Najczęściej spostrzegamy je przy stosowaniu metody rumuńskiej — najrzadziej przy metodzie Högyes'a i Calmette'a. Zupełnie nie spostrzegano powyższych powikłań przy metodzie Semple'a (szczepionki karbolizowane), którą u nas wyrabia państwowy Zakład Higjeny.

2. Kol. Cieszyński pokazuje przypadek **zapalenia okołonerkowego** u 16-miesięcznego chłopca — wyleczony szczepionką swoistą. Sprawa zaczęła się w 2 tygodnie po przebyciu influenzy ciężkiem i długotrwałem zajęciem gardła. Bolesne wzniesienia w okolicy lewej lędźwiowej; guz wielkości 2-krotnie powiększonej nerki, wyczuwający się w lewej połowie brzucha a brak zmian ze strony kręgosłupa, przemawiały za rozpoznaniem *paranephritis*. Z okolicy lędźwiowej wydobyto $1/2$ cm gęstej ropy, wyhodowano gronkowca białego. Leczenie przygotowaną z tej hodowli szczepionką miało wynik zupełnie dodatni, po 2 miesiącach dziecko jest prawie zdrowe.

Dyskusja: Kol Leśniowski podkreśla, iż przypadek powyższy ciekawy jest ze względu na wiek chorego. U ludzi starszych jest to sprawa częsta. L. przypuszcza, że ognisko ropne umiejscowione było w torebce tłuszczowej. Mówca podobnych przypadków spostrzegał kilka z zejściem pomyślnem. Kol. Sawicki uważa sprawę w miedniczkach za rzecz wtórną i podaje przypadek własny, gdzie u 15-letniego chłopca przy sprawie ropnej w wyrostku poprzecznym jednego z kręgów widział wtórnie ropień okołonerkowy.

3. Kol. Michalski przedstawia 3 chorych jako przykład **objawu** niezwykle często przezeń spotykanego. Objaw ten polega na uwidocznianiu się nad szczytami płucnemi **od tyłu i nad dolnemi kręgami szyjnemi drobnych naczyń w skórze.** Naczyńka te sinawo-czerwonawe, uwidoczniające się wyraźniej po ucisku skóry, nie mają charakteru naczyń żylnych. Podobne naczynia występują na policzkach u alkoholików i w pewnych schorzeniach tarczycy rozsiane po całym ciele. Na skórze klatki piersiowej naczyńka te występują rzadko w okolicach mostka (w jego środkowej części) i jeszcze rzadziej jako linja naczyń wzdłuż linji dolnej płuc. Kol. Michalski, jako przykład podaje dane z 88 przypadków w I. Klinice lekarskiej Un. Warsz. Objaw dodatni stwierdzono w 52 przypadkach, ujemny w 32. U chorych na gruźlicę objaw ten spotyka się jeszcze częściej (21 dodatni — 10 ujemny). Starając się wytłumaczyć przyczynę uwidoczniania tego objawu kol. Michalski przypuszcza, że zrosty opłucnej, tak częste w okolicach szczytów płucnych, są przyczyną, powodującą bezpośrednio zmiany krążenia w skórze w miejscach odpowiednich. O objawie tym wspomina Seweryn Sterling w swym *compendium* »Suchoty płucne« i występowanie naczyń również tłumaczy zrostami opłucnemi.

Dyskusja. Kol. K. Higier uważa objaw ten za wątpliwy i trudno dostrzegalny. Gdyby istotnie tak było, to mielibyśmy ten sam objaw w innych przypadkach stanów zapalnych ze zrostami. Gdyby więc spostrzeżenie Michalskiego potwierdziło się, zyskalibyśmy bardzo ważny sposób rozpoznawczy. Kol. Orzechowski odnosi rozszerzenia do drobnych naczyń tętniczych. Widzi w nich analogję do podobnych rozstrzeni na policzkach młodych osób z lichym aparatem naczyniowo-sercowym. Chodzi o zboczenia wrodzone, może dopiero z czasem ujawniające się. Sprawy szczytowe mogą być czynnikiem przyspieszającym ujawnienie się tych rozstrzeni naczyniowych z wiekiem osobnika. Kol. Gorecki stwierdza, że objaw podany przez kol. Michalskiego spostrzegał od roku 1917, zwracając nań baczną uwagę przy każdem badaniu chorych. Według spostrzeżeń G. objaw ten występuje znacznie częściej u chorych z czynną lub przebytą sprawą gruźliczą. Związek rozszerzonych naczyń ze zrostami opłucnej jest możliwy, gdyż badania, między innemi kol. Żebrowskiego, wykazują połączenie naczyń limfatycznych płuc przez naczynia ułożone w zrostach — z naczyniami limfatycznemi skóry klatki piersiowej. Kol. Misiewiczówna podnosi, że wobec małej liczby spostrzeżeń trudną jest ocena znaczenia objawu spostrzeganego przez kol. Michalskiego. Dotychczasowe względnie nieliczne spostrzeżenia zdają się świadczyć o tem, że właśnie w początkowych okresach gruźlicy objaw ten można znaleźć stale. Kol. S. Higier zwraca uwagę na pokrewieństwo tego objawu z t. zw. dermografizmem a raczej odczynem naczyniowo-ruchowym »odległoogniskowym« i identycznym z nim rumieniem miejscowym na skórze, odpowiadającej choremu narządowi. Tego rodzaju rumień w przebiegu spraw w szczytach niejednokrotnie opisywano, a jest wielce prawdopodobnem, że u osobników z konstytucyjnie upośledzonym układem krwionośnym obwodowym może on przy dłuższem trwaniu doprowadzić do zmian już nie czynnościowych, ale anatomicznych, w postaci rozszerzonych naczyń prokapillarnych, głównie żylnych.

4. Kol. S. Leśniowski wygłosił wykład p. t. »**Przypadek operowanego guza pozardzeniowego**« i pokazuje chorą. Chora w wieku 22 lat, głuchoniema od dzieciństwa. Cierpienie zaczęło się przed kilkunastu miesiącami, bólami w podżebrzu lewem, od 6-ciu tygodni wystąpiła niemożność stania i chodzenia, zaburzenia moczowe i odbytnicze oraz brak miesiączkowania. Przedmiotowo kurczowy bezwład kończyn dolnych, zaburzenia czucia, zaburzenia ze strony zwieraczy oraz bolesność kręgosłupa bez zniekształcenia tegoż i bez zmian roentgenowskich. Podejrzewając, że chodzi tu o sprawę uciskową rdzenia kręgowego, wykonano chorej nakłucie lędźwiowe i odmę rdzeniową. Osiągnięte wyniki potwierdziły to przekonanie w zupełności. Rozważania kliniczne świadczyły o ucisku rdzenia na wysokości wyrostka ościstego 6-go kręgu piersiowego, próba natomiast lipjodolowa, wykonana od góry, przez nakłucie szczytowo-potyliczne, oraz od dołu przez nakłucie lędźwiowe, wykazała, że górna granica ucisku pada na wyrostek ościsty 9-go — dolna 10-ego kręgu grzbietowego. Ostatecznie u chorej rozpoznano guz zewnątrz-rdzeniowy na wysokości wyrostka ościstego 7-go kręgu grzbietowego, chociaż nie można było stanowczo wykluczyć sprawy gruźliczej w kręgach lub oponie twardej. Operacja, wykonana przez mówcę, wykazała, że guz leżał odpowiednio do wyrostków ościstych D_8 i D_9 poniżej zaś stwierdzono rozległe zrosty. Badanie histopatologiczne stwierdziło nerwiaka. Po operacji szybka poprawa. W ciągu 2 miesięcy powróciły wszystkie ruchy w kończynach dolnych, znakomita poprawa czucia. Na zakończenie L. rozważa wyniki próby lipjodolowej i, porównywując je z danemi operacyjnemi, wykazuje że lipjodol górny zatrzymał się poniżej guza, dzięki zrostom. Również dolny utkwił w zrostach, ograniczając je zresztą niedowładnie, przeto L. zaleca pewną ostrożność przy odczytywaniu roentgenogramów polipojodolowych.

Dyskusja: Kol. Kopczyński: przedstawiony przypadek poucza, że spostrzeganie kliniczne daje ściślejsze dane rozpoznawcze, aniżeli dodatkowe badania fizykalne. Gdy chodzi o stosunek granic uszkodzenia rdzenia, to najczęściej przy operacjach z powodu ucisku rdzenia chirurg operuje zbyt nisko i otwiera za wiele dolnych kręgów. W przypadkach uszkodzenia urazowego typu Brown-Sequard'a, gdzie również jest różnica między granicą uszkodzenia a granicą znieczulenia, badania kliniczne dają pewniejsze dane rozpoznawcze. Ważnym objawem jest pas kompletnego znieczulenia wszystkich rodzajów czucia. Ten pas znieczulenia może nam wskazać miejsce uszkodzenia rdzenia, jak to było w danym przypadku, gdzie pas znieczulenia na wysokości pępka świadczył o uszkodzeniu rdzenia na wysokości VIII i IX kręgów grzbietowych. Kol. Zieliński zapytuje, dlaczego u dołu płyn rdzeniowy był ksantochromiczny, u góry nie. Kol. H. Higier podkreśla w pokazanym przypadku współistnienie guza rdzenia i towarzyszącej mu rozległej torbieli. Przypadek ten objaśnia znakomicie wartość rozpoznawczą lipjodolu. Zarówno u góry, jak u dołu lipjodol nie zatrzymał się tam, gdzie teoretyczna koncepcja tego wymagała, gdyż guz, uciskając rdzeń, nie zamknął szczelnie bocznych kanałów cieczowych. Poprawę można uważać za dużą, a może ona prowadzić do zupełnego wyleczenia. Neurinomaty należą do względnie rzadszych nowotworów rdzenia. Kol. Orzechowski. Znajomość guzów pozardzeniowych za mało jest rozpowszechniona między nie specjalistami, choć jest praktycznie ważną, gdyż cierpienie jest przeważnie uleczalne uperacyjnie. Złe wyniki obecne należy przypisywać późnemu rozpoznaniu w okresie już zbyt długotrwałego porażenia obustronnego. Wtedy najlepiej wykonana operacja jest zabiegiem już spóźnionym. W pewnym małym odsetku przypadków powodem złego rozpoznania jest dodatni wynik próby

Wassermanna. Taki nieswoisty Wassermann zdarza się tutaj, podobnie jak czasem w guzach, mózgu, nagminnem zapaleniu mózgu i zmiękczeniu kości. W sprawie stosowania lipjodolu, ponieważ istnieje skłonność do nadużywania tej próby, trzeba ściśle ustalić, że lipjodol nie jest i nie może być ciałem obojętnem, jako związek bardzo trudno się wsysający; powtóre próba ta ma za zadanie tylko i li tylko, określenie wysokości odcinka rdzenia, na który działa ucisk. Jest nonsensem stosować lipjodol w sprawach przebiegających z zajęciem opon rdzeniowych, w których może być niedrożność przestrzeni podpajęczynowych. Bywa to często w sprawach kiłowych, a może być wyjątkowo i w stwardnieniu rozsianem, w jamistości rdzenia, wreszcie w zrostowych, nietorbielowatych sprawach oponowych różnego pochodzenia. W danych przypadkach chory nie będzie miał najmniejszego pożytku ze ścisłego umiejscowienia zrostów, a spory nabój lipjodolu, tkwiący w oponach, najprawdopodobniej tylko ujemne może wywrzeć z czasem działanie jako ciało obce. Zadaniem lipjodolu nie jest rozpoznanie ucisku. Natomamy aż nadto prób klinicznych: próba Queckenstedta, zmiany chemiczne cieczy mózgowo-rdzeniowej (Froin-Sicard), wreszcie t. zw. przez nas odma mała, czyli rdzeniowa, zabieg zupełnie nieszkodliwy. Odma ma jeszcze jedno doniosłe znaczenie. Jak dotąd, jest to jedyny, prosty, nie do zastąpienia sposób, którym często udaje się rozerwać zlepy i zrosty w oponach miękkich. W pewnych przypadkach ciałem uciskającem jest nie guz masywny, lecz torbiel oponowa, proces anatomo-patologiczny, określany jako *cystis arachnoidea* lub *meningitis serosa circumscripta*. Odma może taką torbiel rozerwać i bez dalszego zabiegu sprowadzić wyleczenie. Taki przypadek spostrzegamy obecnie na klinice. Z drugiej strony po odmie spostrzega się poprawę nawet przy guzach masywnych. Oczywiście jest to poprawa krótkotrwała. Rzadziej i w słabszym stopniu spostrzegaliśmy je po zastrzykach lipjodolu. Poprawy te należy tłumaczyć poprawą warunków krążenia cieczy m.-rdz. w okolicy ucisku, tu bowiem w pewnej mierze drenuje przestrzenie cieczowe, powtóre usunięciem patologicznego płynu z przestrzeni leżących poniżej miejsca ucisku. Płyn ten otrzymywany przy nakłuciu lędźwiowem nie jest prawdziwą cieczą m. rdzeniową, i przestał nią być od dawna. Sposób postępowania, przyjęty w klinice, który na podstawie wielu doświadczeń gorąco polecamy, jest następujący: nakłucie lędźwiowe z próbą Queckenstedt'a. Jeśli jej wynik jest podejrzany, wykonanie odmy natychmiastowe. Staramy się wypuścić całą ilość płynu z zamkniętych przestrzeni. Jeśli chory zabieg dobrze znosi, nie ma bólu głowy, nudności blednięcia zwolnienia tętna, jeśli powietrze nie chce wchodzić a natomiast wycieka pienisty płyn, jeśli ciśnienie płynu spada zaraz do zera, — dowodzi to niezbicie istnienia przeszkody. Bóle przytem występujące niedowodzą natomiast niczego. Ostateczny dowód istnienia ucisku zdobywamy przez badanie płynu. Dopiero wówczas przychodzi kolej na zastrzyknięcie podpotyliczne lipjodolu dla zdobycia możności wskazania chirurgowi, jaknajściślej — gdzie ma operować. Pamiętać jednak należy, że wynik dodatni wszystkich tych prób nie wyklucza guza śródrdzeniowego i że w sprawach uciskowych od 4-go kręgu lędźwiowego w dół, wszystkie próby mogą zawieść. Wówczas będziemy mogli się oprzeć tylko na próbie z lipjodolem. Przy wstrzykiwaniu lipjodolu dolnego, dla określenia dolnej granicy guza, nie należy wypuszczać zupełnie płynu m.-rdz., inaczej bowiem lipjodol nie chce się przemieszczać.

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 10 czerwca 1925 roku.

Przewodniczy kol. K. Opoczyński, sekretarz kol. E. Czarnecki. Obecnych 54 osób, w tej liczbie 34 członków Twa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dn. 27 ub. m.

2. Kol. K. Michejda przedstawia chorą, u której z powodu zadzierzgnięcia i martwicy usunął 160 cm. jelita cienkiego. Operację wykonano w trzech aktach; w pierwszym akcie dokonano resekcji, odcinek odprowadzający (końcowa część jelita cienkiego) zaszyto na głucho, doprowadzający wszyto jako anus praeternaturalis do powłok; w drugim akcie wykonano zespolenie boczne między pętlą doprowadzającą, a jelitem grubem (poprzecznem); w trzecim zaszyto anus praeternaturalis. Leczenie trwało 7 tygodni. Omawia zalety i wady wieloaktowego postępowania przy nekrozie, obejmującej rozległe części jelita. (Streszczenie własne).

W dyskusji głos zabierali kol. Ch. Zarcyn, kol. K. Opoczyński, kol. St. Trzebiński i prelegent.

3. Kol. T. Wąsowski pokaz obcego **ciała, wydobytego z przełyku.** W przełyku 3-letniego dziecka na głębokości 10 cm. od brzegu zębów stwierdzono za pomocą oesophagoskopu obce ciało, które można było wyczuwać również końcem palca. Zapomocą korncanga wydobyto tryb budzika.

Dyskusja: Kol. K. Michejda — wobec dość znacznej wielkości obcego ciała oraz możności wyczuwania go palcem, przypuszczać raczej należy, że znajdowało się ono nie w przełyku, a w hypopharynx.

Kol. J. Szmurło — ciało obce znajdowało się prawdopodobnie w hypopharynx na granicy przełyku. U osób dorosłych przełyk jest bardzo elastyczny; przytacza przypadek, gdzie sztuczna szczęka połknięta przeszła przez cały trakt pokarmowy i wyszła z kałem. Kol. Lewando — chory połknął kawałek kości, kość utkwiła w przełyku, niedrożność zupełna (nie przechodziła woda); po usunięciu kości (3 cm. 4 cm.) powrót do normy. Kol. M. Eiger — przełyk jest rozciągliwy (połykanie noży i widelcy przez chorych psychicznych). Oesophagoskopje uważa za zabieg dość brutalny; radziłby raczej stosować w razie potrzeby promienie Roentgena. Kol. K. Michejda nie zgadza się co do brutalności metody oesophagoskopowania. Kol. St. Peszyński przytacza przypadek połknięcia przez pacjentkę sztucznej szczęki. Kol. J. Szmurło ostrzega przed chęcią przepychania ciał obcych, znajdujących się w przełyku, ponieważ to może doprowadzić do przebicia jego ścianki.

4. Kol. M. Eiger wygłosił odczyt: **Elektrokardjografja teoretyczna i kliniczna.**

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 8 marca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. Grzankowski.

1. Kol. Krauze przedstawia przypadek **chronicznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** Po zastosowaniu surowicy antimeningokokowej nastąpiło polepszenie, o czem świadczy zmniejszenie się ilości b. ciałek krwi w płynie m. rdzeniowym: gdy w początkowym okresie badania liczba ich przekraczała 1000, ostatnie badanie wykazuje cyfrę poniżej 200-tu, z przewagą neutrofilów. Pomimo poprawy w tym kierunku badanie oka stwierdza postępującą tarczę zastoinową. Ztąd pytanie, co robić celem usunięcia niebezpieczeństwa utraty wzroku?

Dyskusja: Kol. Orzechowski jest zdania, że polepszenie w stanie chorej nastąpiło nie wskutek swoistego leczenia, a wprost dzięki upustom i rozrzedzeniu płynu m. rdzeniowego po zastosowaniu dordzeniowo surowicy, tarcza zaś zastoinowa jest wyrazem tworzącego się wodogłowia wewnętrznego. Jako środek leczniczy proponuje zastosowanie odmy, pomimo przykrych objawów potocznych, jakie spotyka się po zastrzyknięciu 50—60 cm^3 powietrza do kanału m. rdzeniowych. Bóle głowy, nudności, wysoka ciepłota ciała spotykają się po odmie zazwyczaj u zdrowych, chorzy znoszą ją lepiej, co objaśnia się ich mniejszą wrażliwością, ich stanem indolencji. Kol. Janowski uważa przypadek za rzadkość ze względu na jego przewlekły przebieg i zapytuje, jakiego potrzeba czasu do ustąpienia tarczy zastoinowej pod wpływem odmy. Kol. Stawiński interesuje się techniką odmy. Kol. Orzechowski uważa przypadek raczej za podobny, niż za przewlekły, daje wyjaśnienia co do techniki zabiegu i zastrzega się, że, o ile foramina Laschi i Magendi są zarośnięte, to odma może nie dać rezultatu. Sprawy wsteczne w nerwie wzrokowym i na dnie oka idą b. powoli, więc do wyleczenia potrzeba dłuższego okresu czasu.

2. Kol. Skłodowski pokazuje chorego, dotkniętego **skazą krwotoczną i niedokrwistością** (wskaźnik krwi = 1), w którego dwunastnicy zapomocą zgłębnikowania stwierdzono obecność wielkiej ilości pasorzytów: ogoniastka jelitowego (*Lamblia intestinalis*) (pokaz preparatów mikroskopowych). Ponieważ taka wielka ilość tych pierwotniaków nie może być obojętna dla organizmu, przeto leczenie danego przypadku skazy krwotocznej i niedokrwistości winno w pierwszym rzędzie polegać na usunięciu pasorzytów. W tym celu stosowano z dobrym skutkiem roztwór Lugola. Obecnie wskaźnik krwi jest < 1.

Dyskusja: Kol. Manduk po za Lugolem radzi stosować thymol, benzonaphtol lub też chininę. Kol. Janowki nie uważa za właściwe i odpowiednie nazywać dany pasorzyt *Lamblia intéhlinalis, a Megastoma entericum* pierwsza nazwa przypomina jedynie nazwisko jego odkrywcy: prof. Lambla z Warszawy, druga zaś jest naukowa. Przypuszcza również, jak i prelegent, że obecność miljonów wielkoryjca w kiszkach może wywołać zmiany we krwi. Jako środek leczniczy proponuje salwarsan. Kol. Skłodowski woli raczej zastosować stovarsol, który można dawać wewnętrznie.

3. Kol. Tyczka pokazuje chorą z **tańcem oczu** w przebiegu zapalenia mostu mózgu przyczem zwraca uwagę na różnicę, zachodzącą pomiędzy *nystagmus a opsochorią*.

Dyskusja: Kol. Orzechowski dodaje, że przypadek pokazuje się jako rzadkość: w piśmiennictwie zagranicznem nigdzie nie spotkał się z opisem tego zespołu objawów ocznych, natomiast w polskiem opisali go Flatau, Gościcki i inni. Umiejscowienie i mechanika opsochorji są dotychczas nieznane.

4. Kol. Stępień przedstawia chorego ze zmianami w układzie mięśniowym i nerwowym kończyn górnych i uzasadnia rozpoznanie: **zapalenie rogów przednich.** Za kiłowem pochodzeniem tej sprawy przemawia 1) stan źrenic (nierówność, słabe działanie na światło), 2) +++ we krwi, 3) + w płynie m. rdzeniowym i 4) wiek chorego.

5) Kol. Fenigstein u chorego na **tężyczkę** wywołuje atak tężyczki zapomocą głębokich wdechów i wydechów t. j. **hyperwentylacji.**

Dyskusja; Kol. Jelenkiewicz rozpatruje **alkalozę i hypercalcemję** w związku z działaniem ich na układ **parasympatyczny**; od zmian w nim może zależyć tężyczka. Tę ostatnią można zapomocą hiperwentylacji wywołać też u ludzi zupełnie

zdrowych. Janowski twierdzi, że preparaty ergotyny powinny nasilać napady tężyczki u danego chorego, gdyż jest on wagotonikiem (eozynofile we krwi) oraz podziela w zupełności wywody przedmówcy co do wpływu zmniejszenia się wapnia i alkalozy na tężyczkę. Kol. Orzechowski zwraca uwagę na doniosłość **hiperwentylacji** jako środka do stwierdzenia epilepsji, która u notorycznych padaczkowców zazwyczaj występuje po sztucznie wywołanym napadzie tężyczki, skraca bowiem czas obserwacji epileptyków w szpitalach wojskowych i usuwa inne mniej bezpieczne dla życia chorego sposoby wywołania padaczki, jak to ucisk *carotis* i zastrzykiwanie kokainy. Niebezpieczeństwo stosowania hiperwentylacji kryje się jedynie w tem, że może ona wywołać pierwszy atak padaczkowy u osób pozornie zdrowych, które nigdy nie chorowały na epilepsję a jednak do niej predysponowanych, gdyż po pierwszym ataku wywołanym drogą hiperwentylacji może nastąpić u nich szereg następczych samoistnych.

Posiedzenie kliniczne w dniu 21 czerwca 1925 r.
Przewodniczący: Kol. Puławski.

1. Kol. Puławski wygłosił wspomnienie pośmiertne z powodu zgonu ś. p. Z. Paderewskiego, Inspektora Lekarskiego Szpitali w Warszawie.

2. Kol. Skłodowski przedstawił chorego, który ze względu na sprawę w stawie kolanowym, zmuszony jest od lat 20-tu chodzić o kuli. Tej ostatniej okoliczności, to jest uciskowi kuli na okolicę pachową, autor przypisuje zmiany powstałe **w tętnicy pachowej** a mianowicie **zwężenie tej ostatniej**, które objawia się osłabieniem tętna i sinicą, prawej kończyny górnej. Po odrzuceniu kuli sprawa nieco się poprawiła, należy więc zastanowić się, czy nie możnaby chirurgicznie zapobiec dalszemu używaniu kuli, przez dokonanie operacji na stawie kolanowym.

Dyskusja: Kol. Szper proponuje nałożenie na biodro aparatu Hessinga. Kol. Sawicki nie widzi możności zastosowania tego aparatu, bo kolano jest zgięte pod kątem prostym. Kol. Szteyner proponuje opieranie się na kuli z lewej strony, a używanie laski z prawej strony. Tym sposobem ucisk na prawą pachę będzie zniesiony. Kol. Muttermilch prosi o bliższe wyjaśnienie, patogenezy ewentualnego zwężenia. Kol. Goździcki zwraca uwagę na częstość używania kuli, a rzadkość podobnych spraw naczyniowych. Widzi więc jakieś usposobienie osobiste a może kiłę. gdyż chory ma nos zniekształcony, zapadnięty. Kol. Skłodowski zaznacza, że odczyn Wassermanna we krwi był ujemny i daje wyjaśnienia co do mechanizmu powstania zmian naczyniowych.

3. Kol. Bakierowski przedstawia przypadek **wrzodu dziurawiącego 1) żołądka i 2) dwunastnicy.**

Dyskusja: Kol. Sawicki zwraca uwagę na trudność rozpoznania i radzi przeczekać **wstrząs**. Cytuje przypadek, który przemawia za wygłoszoną powyżej radą. Kol. Szper jest zdania, że wstrząs zależny jest od wylania się płynu do jamy brzusznej, możliwem więc jest jedynie chirurgiczne zatamowanie płynu.

4. Kol. Bromak przedstawia przypadek **kiły o niezwykłym przebiegu**. Niezwykłość przypadku polegała na ciągłej gorączce, która nie ustępowała pomimo stosowania chininy, leczenia klimatycznego i t. p. Dopiero ++ we krwi zwróciły uwagę na możliwość kiły, którą chory negował. Po systematycznej kuracji rtęciowej gorączka spadła, dreszcze ustąpiły, stan ogólny poprawił się, przy przybyło choremu 3 kg. Wasserman we krwi ujemny.

Dyskusja: Kol. Bernhardt radzi być sceptykiem na punkcie negacji chorego co do kiły. Opowiada o przypadku na oddziale Kol. Starkiewicza, gdzie chory stale wypierał się przymiotu aczkolwiek stale leczył się u mówcy na tę chorobę.

5. Kol. Biske przedstawia **preparat anatomiczny wrzodu dziurawiącego dwunastnicy** i przypadek **niedrożności spowodowanej wyrostkiem Meckel'a.**

Sekretarz: *W. Goździcki.*

Dr. Józef Jaxa DĘBICKI. Lwów.

Sprawozdanie z pierwszego międzynarodowego Kongresu radiologicznego w Londynie w r. 1925.

Pod przewodnictwem prezydenta Royal Society of Medicine C. Thurstana Hollanda odbył się w dniach od 30 czerwca do 4 lipca włącznie 1925, w Londynie pierwszy międzynarodowy zjazd radiologów, który zgromadził w salach Central Hall Westminster przeszło 500 członków ze wszystkich stron świata. Po Anglji samej (207 członków) najsilniej były reprezentowane Niemcy (65), potem Rosja (24), dalej Belgja (20), Francja (16), Holandja (12), Szwecja (9). Z polskich roentgenologów wziął udział w zjeździe jedynie Dr. Józef J. Dębicki ze Lwowa. Kongres zorganizowany i przygotowany znakomicie rozpoczęło, po wstępnych uroczystościach powitalnych w dniu 30 czerwca, pierwsze posiedzenie ogólne w dniu 1 lipca, poświęcone ustaleniu międzynarodowej jednostki promieni, wykładami fizyka Sir Williama Bragg'a i rentgenologa prof. H. Beclère'a. W przebiegu posiedzenia, po żywej dyskusji, w której zabierali głos Solomon, Behnken, Duc de Broglie, Muir, Friedrich, Holthusen i inni, wyłoniła się konieczność międzynarodowego porozumienia w tym kierunku. Na ogół skłaniali się wszyscy do przyjęcia jako jednostki fizykalnej pojęcia Villarda, które odpowiada mniej więcej pojęciu Solomona t. j. francuskiemu „R". Celem ostatecznego załatwienia sprawy wybrano komisję, złożoną z pp. Sir Williama Bragg'a, Dr. E. A. Owen'a, C. E. Philips'a, prof. A. W. Portera i prof. Sidney Russ'a, która ma przedmiot opracować i przedłożyć wnioski na następnym kongresie. Behnken z Berlina w interesującym wykładzie o pojęciu jednostki dawki biologicznej wykazał wielkie trudności, na jakie ono napotyka, ze względu na nieznajomość czynnika biologicznego s/q, który musi być uwzględniony w formule B = D s/q.

Ciekawe światło rzucają na wewnętrzną budowę węgla i wogóle materji prace C. Norman Kemp'a z Edynburga, który w wykładzie: „The Applications of X — Rays in the Technology of Coal", wykazał: że chemicznie czysty węgiel w technicznie jednostajnych warstwach wykazuje wielkie różnice w absorbcji promieni, że jest zatem materjałem niejednolitym. Bouwers z Utrechtu pokazał nowe rury rentgenowskie własnego pomysłu, znane jako rury „Metalix". Pominąwszy znaczniejszą trwałość i wytrzymałość tych rur, wielką korzyść przedstawia lepsze wyzyskanie energji rentgenowskiej przez specjalnie skonstruowane ognisko. Rury Bouwersa wyprą w niedługim czasie wszystkie inne fabrykaty z handlu, gdyż przedstawiają istotnie nadzwyczajny postęp dla techniki rentgenowskiej.

Wieczorem wygłosił książę Broglie wspaniały wykład o absorbcji wtórorzędnych promieni Röntgena i Radium.

Wielkiej doniosłości naukowej i praktycznej był wykład Friedricha z Freiburga: „New secondary Radiation Phaenomena and their Relation to Radiation Therapy", w którym Friedrich dowiódł, że promieniowanie wtórorzędne wykazuje z jednej strony t. z. efekt Comptona, z drugiej strony jednak zachowują się niektóre promienie odwrotnie. Ma to zasadnicze znaczenie w lecznictwie. Dotychczas bowiem przyjmowaliśmy, że promieniowanie wtórorzędne (rozproszone) posiada tę samą długość fali, co promieniowanie pierwszego rzędu, i wedle tej zasady obliczaliśmy dawkę w głębi. Badania Friedricha rzucają zupełnie nowe światło na zachowanie się promieniowania w głębi i na dotychczasowe błędy, popełniane w oznaczaniu dawki głębokiej. Wykład Friedricha wywołał ogłuszającą burzę oklasków. Nie mniejsze zainteresowanie wzbudził wykład G. E. Pfahlera z Filadelfji: „The saturation Method in Röntgentherapy". Pfahler, który, wychodząc z założenia, że odczyn tkanek na promieniowanie Röntgena słabnie wedle krzywej logarytmicznej (i to w pewnej zależności od twardości promieni) stara się utrzymać ustrój w stanie t. z. nasycenia promieniami, t. j. w takim stanie, w jakim on się znajduje bezpośrednio po naświetleniu. Dotychczas powtarzaliśmy zazwyczaj dawkę po pewnym odstępie czasu, kiedy przypuszczaliśmy, że odczyn po pierwszem naświetleniu już przeminął. Natomiast Pfahler dodaje po pierwszem naświetleniu co pewien czas tyle dawki, ile jej ubyło wedle krzywej logarytmicznej. Metodę tę stosuje zwłaszcza przy naświetlaniu nawotworów złośliwych, a, opierając się na pięcioletniem doświadczeniu klinicznem, zaleca ten sposób leczenia.

W żywej dyskusji zabierali głos Regaud, Wintz, Forssell, Holfelder i inni, uznając tę metodę za godną dalszego badania i naśladowania. Biologiczne działanie promieni Röntgena było szeroko omawiane w szeregu zajmujących wykładów Gudzenta z Berlina, Prousta z Paryża. Ernsta i Burrows'a z St. Louis, i Nemenowa z Leningradu. Ostatni autor rzucił szereg nowych myśli na sposób, w jaki następują zmiany wsteczne w komórkach pod wpływem promieni Röntgena. Wedle niego zmiany wsteczne po naświetlaniu występują w tkankach tą samą drogą, jaką zwykle występuje zwyrodnienie i starzenie się ich. Pewne tkanki mają bowiem skłonność do pewnych typów zwyrodnienia (miąższowe, szkliste, tłuszczowe i t. p.). Te same zmiany następują w tkankach po naświetlaniach. Wedle Nemenowa zatem, wynik naświetlania polega na wyczerpaniu całej energji życiowej komórek naświetlonych, w krótkim czasie, t. j. na szybkiem zestarzeniu się komórek. Ważnym tematem obrad była sprawa leczenia raka. Wintz z Erlangen przedstawił statystykę wyleczeń raka piersi (po 5 letniej obserwacji) i wykazuje 48% w początkowych przypadkach, a 18% w przypadkach nie nadających się do operacji. Chce przez to powiedzieć, że takie przypadki operacyjne nadają się do naświetlenia. Na ogół jednak przeważa zdanie, by poddawać leczeniu promieniami tylko przypadki po operacji i nie nadające się do operacji. Doświadczenia ostatnich lat pouczyły nadto, że korzystniejszem jest stosowanie mniejszych dawek w częstszych odstępach czasu, niżli jednorazowe dawki masowe; Najlepsze wyniki wykazuje jeszcze Curieterapja, ale tylko w przypadkach raka języka. Regaud z Paryża uzyskał w przypadkach raka języka, nie nadających się do operacji, 10% wyleczeń, zaś w przypadkach początkowych 50%. W przypadkach raków głęboko umiejscowionych leczenie żadem daje tylko wtedy zadowalniające wyniki, jeśli się go stosuje głęboko, umieszczając rurki z radem w samem ognisku rakowem drogą operacyjną. (Daels i Backer z Ghent: Contribution to the Technique of Intraperitoneal Irradiation of Cancer of the Cervix Uteri". Falla New-York:

„A New Method of Intra-tumoral Irradiation“. Mallet z Paryża: „Technique de Curietherapie profonde“). Greber z Providence mówił o leczeniu zakażeń ropnych. Leczenie radiologiczne zakażeń gronkowcami, jakoteż i paciorkowcami, oraz wszelkiemi innemi drobnoustrojami, które wywołują w ustroju ropienie, zaczyna mieć coraz donioślejsze znaczenie w lecznictwie ogólnem. Po pierwszych nieśmiałych ogłoszeniach autorów niemieckich, zajęła się tym przedmiotem szkoła wiedeńska, a równocześnie na szeroką skalę zaczęto stosować naświetlania w przypadkach zakażeń ropnych w Ameryce. Dzisiaj posiadamy już wiele materjału opracowanego krytycznie. W przypadkach ropowic, głębokich ropni, zapaleń naokołomacicznych po poronieniach, zapaleń wyrostka robaczkowego, zapaleń płuc i wielu innych, nawet w przypadkach rozpaczliwych, zyskuje się nadzwyczajne wyniki. W początkach choroby następuje często wessanie, w dalej posuniętych sprawach ograniczenie ropienia, tak, że wystarcza jedynie niewinny zabieg chirurgiczny celem wypuszczenia ropy.

W przypadkach zapaleń płuc następuje już po 24 godzinach rezolucja. J. J. Dębicki ze Lwowa w wykładzie: „X—Rays and the problem of races“ poruszył bardzo aktualną obecnie kwestję w Anglji i wywołał swoim wykładem znaczne zainteresowanie.

W sekcji rozpoznawczej zasługują na wyszczególnienie wykłady Forssella ze Stockholmu o zachowaniu się błony śluzowej żołądka w obrazie röntgenowskim. Ruchy błony śluzowej odgrywają rolę w mięszaniu treści żołądka. Można je uwidocznić przez odpowiednio zastosowany ucisk podczas badania. Brak ruchów wskazuje na zmiany chorobowe tak błony śluzowej, jakoteż warstwy głębszej. Berg z Frankfurtu opisuje nową technikę badania w przypadkach wrzodu dwunastnicy. Friedrich z Freiburga i Carman z Rochester pokazują śliczne zdjęcia woreczka żółciowego po stosowaniu tetrabromfenolftaleiny drogą dożylną albo ustną. Woreczek żółciowy rysuje się nader wyraźnie, kamienie występują jako miejsca jaśniejsze. W pewnej ilości przypadków jednak nie można otrzymać cienia woreczka.

Na ten temat mówili jeszcze Butler z Bostonu, Moore z St. Louis, i Bischof z Lugano. O oznakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego mówił Dubois-Trepange z Liège. Bardzo interesującym był wykład Feissly'ego z Lausanne, o rozpoznawaniu przewlekłej gruźlicy kątnicy.

Sprawa gruźlicy przewodu oddechowego była omawianą przez licznych autorów. Na szczególne uwzględnienie zasługuje wykład Cole'go z New-Yorku, poparty interesującym filmem, o przebiegu zakażenia gruźliczego w płucach. Liczne obrazy röntgenowskie, w połączeniu z klinicznemi i ze stołu sekcyjnego, stworzyły całość doskonałą i bardzo pouczającą.

Häuser z Buoenos Aires wywołał zaciekawienie pokazem obrazów macicy, wypełnionej lipjodolem w celach rozpoznawczych ciąży w pierwszych jej początkach. Häuser stosował ten sposób rozpoznawczy w 40 przypadkach i, jak twierdzi, w żadnym z nich nie przyszło do poronienia. Na obrazach widać wyraźnie jamę macicy, wypełnioną o tyle, o ile rozwijający się w niej płód na to pozwala. Nawet w drugim tygodniu ciąży można już rozpoznać miejsce rozwijającego się jaja. Zwykle jeden róg macicy jest wolny i przezeń przedostaje się płyn kontrastowy do trąbki. Powikłań miał Häuser nie zauważyć.

J. J. Dębicki ze Lwowa przedstawia w sekcji rozpoznawczej przyrząd własnego pomysłu, służący do badania zwierząt w wykładzie: „The present state of Radiology in Veterinary Practice“. Przyrząd ten, patentowany zagranicą, ułatwia niezmiernie badanie, toteż röntgenologia weterynaryjna widzi w nim wielki krok ku postępowi. Fraenkel z Moskwy mówił o encefalografji i pokazywał szereg rentgenogramów, które jednak nie dorównują pod względem piękności i dokładności röntgenogramom Dra Domaszewicza ze Lwowa, które znamy z naukowych posiedzeń T-wa lekarskiego lwowskiego.

Wykładów było ogółem 135, w 4 sekcjach. Wspomniałem jeno o tych, które wywołały największe zainteresowanie. Nieco dłużej zatrzymałem się na części leczniczej, ze względu na wielką doniosłość i bogactwo nowych myśli. Na zakończenie odczytał senior chirurgów angielskich Sir Berkeley Moynihan Bart prelekcję o stosunku rentgenologji do chirurgji, w której podnosi wielki błąd, jaki się popełnia, uważając rentgenologję za naukę pomocniczą. Rentgenologja wtedy dopiero odda medycynie prawdziwe zasługi, jeśli stanie jako dział równorzędny i niezależny.

Ze zjazdem połączona była wystawa przyrządów rentgenowskich. Największą ilość wystawiła Anglja, potem Niemcy, Francja, Stany Zjednoczone, Szwajcarja i Holandja. Przez cały czas zjazdu można było oglądać stałą wystawę przepięknych radjogramów w British Institute of Radiology.

Z przyjęć, trzymanych w bardzo poważnym i skromnym tonie, odbyła się wieczorem 30. czerwca recepcja w salach Royal Society of Medicine przez prezydenta Towarzystwa, celem wzajemnego zapoznania członków, 2. lipca objad oficjalny, 3-go. luncheon dla delegatów wydany przez Komitet Ligi narodów.

Członkowie zjazdu i ich rodziny mogli korzystać po zakończeniu zjazdu z ułatwień w rozmaitych wycieczkach.

Następny zjazd międzynarodowy odbędzie się w roku 1928 w Stockholmie pod przewodnictwem Goesta Forssella.

Pierwszy międzynarodowy zjazd rentgenologów, tak licznie obesłany przez wszystkie narody świata, dowodzi, do jakiego stopnia rozwoju doszła rentgenologja w latach ostatnich. Był on poniekąd wyrazem reakcji po depresji wojennej i potrzeby wzajemnej współpracy, która jest nieodzowną dla rozwoju czystej nauki. Duch, jaki panował i stosunki wzajemne pomiędzy członkami zjazdu, były obrazem największej harmonji. Uwidoczniona na wszystkich kartach twarz wielkiego człowieka i uczonego, podobizna Röntgena, miała oprócz wyrażenia czci dla tego męża nauki i głębsze znaczenie, które w przepięknej mowie podczas uroczystego objadu podniósł zasłużony Beclère. Połączyła ona wszystkich rentgenologów świata, bez różnicy narodowości, do wspólnej pracy.

Za inicjatywę i organizację tego pierwszego, a tak bogatego w treść i następstwa kongresu, oraz za prawdziwe gentlemańskie przyjęcie, jakiego doznaliśmy, należy się uczonym angielskim wdzięczność ze strony wszystkich, którym dobro nauki leży na sercu, a zatem przedewszystkiem Prezydentowi zjazdu szanownemu C. T. Holladowi i całemu komitetowi organizacyjnemu.

Członkowie komitetu i sekretarze uginali się pod nawałem pracy, a nie jest ona jeszcze skończoną, boć czeka ich jeszcze uporządkowanie materjału i przygotowanie go do druku, co przy 135 wykładach nie jest drobnostką.

Lwów, we wrześniu 1925.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu z dnia 20. lipca 1925 r.

Obecni: Przewodniczący Bączkiewicz, członkowie: Bełkowski, Guranowski, Śmiechowski.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo co do współdziałania Izby Naczelnej w sprawie zdrowia publicznego. Generalna Dyrekcja chętnie widzieć będzie wszelkie wnioski Izby Naczelnej w sprawach zdrowia publicznego. Co do instytucji Najwyższej Rady Zdrowia będzie wkrótce ogłoszone w „Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej“. W sprawie opinjowania projektów ustaw z dziedziny sanitarnej wydane zostało zarządzenie, aby projekty takie przed ich skierowaniem na drogę ustawodawczą przesyłano Izbie Naczelnej do opinji. Wreszcie w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach chorych Generalna Dyrekcja oznajmia, że projekt nowelizacji przygotowuje Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, a Generalna Dyrekcja będzie starała się przeprowadzić zasady, ustalone na konferencji Generalnej Dyrekcji z przedstawicielami Izby Naczelnej i Izby Warszawsko-Białostockiej. Otrzymane pismo przyjęto do wiadomości i postanowiono zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą, ażeby projekt nowelizacji ustawy o kasach chorych z chwilą otrzymania od Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej zechciała przesłać Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Od Dra Wrześniowskiego z Częstochowy otrzymano następujące projekty: a) regulamin Kas wzajemnych ubezpieczeń lekarzy, b) kasy emerytalnej dla lekarzy, c) ubezpieczenia od chorób i wypadków nieszczęśliwych, d) kasy wdów i sierót po lekarzach.

Wymienione projekty Dr. Wrześniowski przesyła z prośbą o nadesłanie uwag krytycznych.

Projekty te postanowiono wręczyć Dr. Guranowskiemu z prośbą o ocenę i przedstawienie Zarządowi swych uwag.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu w Poznaniu z prośbą, ażeby Izba Naczelna zajęła w tej sprawie odpowiednie stanowisko. Jednocześnie otrzymano odpis pisma Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia do Izby Poznańsko-Pomorskiej z umotywowaniem decyzji telegraficznej Generalnej Dyrekcji, wstrzymującej postępowanie sądowe przeciwko prof. Juraszowi.

W sprawie odpowiedzi na pismo Generalnej Dyrekcji wywiązała się żywa dyskusja. Z jednej strony proponowano odpowiedź odłożyć do czasu otrzymania dodatkowych dokumentów; z drugiej proponowano odpowiedzieć niezwłocznie na podstawie dokumentów, będących w rozporządzeniu Izby Naczelnej. Przeważyła propozycja pierwsza i postanowiono nie odczytywać przygotowanej już odpowiedzi do czasu otrzymania dodatkowych dokumentów.

Od 10 lekarzy, praktykujących sezonowo w Krynicy, (7-iu z Izby Lwowskiej i 3-ch z Warszawsko-Białostockiej) otrzymano pismo z protestem przeciwko płaceniu składek na rzecz Izby Lekarskiej w Krakowie i z prośbą o zniesienie uchwały Izby Lekarskiej w Krakowie co do obowiązku płacenia składek przez członków innych Izb lekarskich, praktykujących na terenie Izby Krakowskiej tylko sezonowo.

Postanowiono odpowiedzieć na pismo lekarzy z Krynicy, że art. 18 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem głosi, że lekarze, należący do jednej izby, lecz wykonywujący praktykę lekarską również w granicach innej izby, obowiązani są stosować się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów tej ostatniej. Izba Naczelna na podstawie

art. 18 nie ma prawa narzucać Izbie Krakowskiej innych postanowień i przepisów.

Od Izby Łódzkiej otrzymano projekt regulaminu wyborów do Rady Izby Łódzkiej z prośbą o zatwierdzenie. Projekt regulaminu zatwierdzono i postanowiono zawiadomić o tem Izbę Łódzką. 2 egzemplarze regulaminu postanowiono przesłać do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Izby w Krakowie otrzymano pismo w sprawie projektowanego posiedzenia przedstawicieli sądów podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników. Izba Krakowska prosi o zawiadomienie telegraficzne o terminie posiedzenia, na które mógłby przybyć z Krakowa Dr. Jankowski.

W sprawie tej podał do wiadomości Zarządu N. I. L. Dr. Śmiechowski, że projektowane posiedzenie odbyło się 15. lipca r. b. Na posiedzeniu tem Prezydjum Sądu N. I. L. powołane zostało jako komisja do uzgodnienia regulaminów sądów wszystkich Izb Lekarskich. O uchwale tego posiedzenia Prezydjum Sądu N. I. L. powiadomi wszystkie Izby Lekarskie. Przedstawiciel Sądu Izby Krakowskiej Dr. Jankowski na posiedzenie to nie był powołany telegraficznie.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo z prośbą o wywarcie na Izbę Lwowską wpływu celem cofnięcia cennika lekarskiego w Tarnopolu, nielegalnie zatwierdzonego przez Izbę Lwowską.

Postanowiono odpis tego pisma przesłać Izbie Lwowskiej.

Przewodniczący Zarządu N. I. L. oznajmił o konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami. Sprawa ta skoncentrowana jest w urzędach Generalnej Dyrekcji, dokąd w razie potrzeby zwracać się należy.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie.

Koło Lekarzy Szkolnych przy Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P. prawie od początku roku szkolnego 1924/25 prowadziło akcję, mającą na celu poprawę warunków pracy i płacy lekarzy szkolnych w żydowskich szkołach średnich w Warszawie. Mimo wielokrotnych prób ugodowego załatwienia zatargu na skutek obojętności i lekceważenia sprawy przez Zarządy szkół, Koło Lekarzy Szk. zmuszone było przerwać pracę w niektórych gimnazjach. Wobec powyższego szkoły: 1. Perły-Łubińskiej, Ceglana 7 — 2. Zaksowej, Miodowa 21 — 3. Brajdo, Dzielna 20 — 4. Pryluckiej, Nowolipki 6 — 5. Kryńskiego, Miodowa 1 — objęte są strajkiem lekarzy szkolnych, zaś w stosunku do szkół: 1. Mirlasowej, Długa 50 — 2. Z. Kaleckiej, Nowolipki 25 — 3. Poznerowej, Twarda 27 — 4. Strauch-Szlezyngerowej, Sto Jerska 18 które w związku z powyższą akcją wymówiły posady kolegom lekarzom szkolnym, ogłoszono bojkot.

Uprasza się zatem lekarzy o nieobejmywanie posad we wszystkich wyżej wymienionych zakładach naukowych.

„Kasy chorych" w Anglji.

(National Insurance Act 1911—1922).

Poraz pierwszy sprawa „Kas chorych" w Anglji ujętą została w formę aktu parlamentarnego w 1911 r. Akt ten był uzupełniany prawie rok rocznie i opracowany w ostatecznej (jak dotąd) formie w 1922 r.

Główne zasady organizacji Kas chorych w Anglji podane zostały poniżej na zasadzie referatów wygłoszonych w Londynie w marcu 1925 r. w Ministerstwie Zdrowia dla lekarzy, biorących udział w „Międzynarodowej wymianie lekarzy przy Lidze Narodów" oraz na zasadzie zebranego piśmiennictwa.

Ogólna zasada wpłaty.

Wszyscy zatrudnieni pracownicy w Anglji, Szkocji, Walji i północnej Irlandji obowiązani są zapisać się do Kas chorych bez względu na to, czy są poddanymi brytyjskimi, czy nie, o ile tylko zarobek ich nie przewyższa 250 £ rocznie i są w wieku między 16 a 70 rokiem życia. Kwestja wysokości zarobku nie dotyczy robotników, pracujących fizycznie (Manual workers), ci bowiem nawet więcej zarobkujący wszyscy muszą być ubezpieczeni.

Opłatę za należenie do K. ch. wnosi się specjalnemi markami przylepianemi na odpowiednich kartach. Opłata wynosi tygodniowo dla mężczyzn 10 pen. (1 Zł.), dla kobiet 9 pen. (90 gr.), przyczem w obu wypadkach pracodawca opłaca 5 pen. (50 gr.) resztę zaś zatrudniony pracownik. Odpowiedzialność za regularne wnoszenie opłaty spada na pracodawcę, który potrąca należne sumy z pensji robotników. Ogólna suma wpłacona na koszt K. ch. wynosiła w 1923 r. w Anglji i Walji 21,540.000 £ (zgórą pół miljarda złotych). Państwo ponosi 2/9 kosztów związanych z działalnością K. chorych.

Kasa chorych udziela świadczeń następujących:

1. Świadczenia za czas choroby. Wypłacane są one, o ile osoba ubezpieczona jest niezdolną do pracy wskutek choroby czy wypadku (bodly or mental disablement) i wynosi tygodniowo 15 szyl. (19 Zł.) dla mężczyzny i 12 szyl. (15 Zł.) dla kobiety, tylko wtedy jednak o ile pracownik był ubezpieczony przynajmniej w ciągu 104 tygodni i opłacił 104 wkładki. O ile ubezpieczenie trwało krócej lecz przynajmniej 26 tygodni, osoba ubezpieczona otrzymuje wynagrodzenie: mężczyzna 9 szyl., kobieta 7½ szyl. Świadczenie to może być wypłacane przez cały czas choroby, nie dłużej jednak ponad 26 tyg.

2. Świadczenia dla niezdolnych do pracy są płatne tygodniowo w jednakowej wysokości dla kobiet i mężczyzn po 7½ szyl.

3. Świadczenia dla matek. Kobieta ubezpieczona o ile zostaje matką, otrzymuje przy porodzie sumę 40 szyl. (50 Zł.), o ile zaś i mąż jest ubezpieczony drugie 40 szyl. Koniecznym warunkiem do otrzymania tego świadczenia jest okres uprzedni ubezpieczenia, wynoszący 42 tygodnie.

Administracja.

Udzielaniem świadczeń w pierwszych trzech wypadkach zajmują się t. zw. „Zatwierdzone Towarzystwa" (Approwed Societis), a w zakresie pomocy lekarskiej — Komitety Kas chorych (Insurance Comitties).

Zatwierdzone towarzystwa (A. S.) muszą być uznane przez Ministerstwo Zdrowia, przyczem Towarzystwo musi się wykazać, że 1) nie jest założone w celach dochodowych, 2) że pozostaje pod ścisłą kontrolą członków i 3) że państwo ma możność sprawdzić w określonych terminach prowadzone rachunki. Ogółem istnieje koło 6.000 podobnych towarzystw.

Zatw. Tow. może być instytucją zajmującą się tylko sprawami Kas ch., lub częścią innej instytucji n. p. towarzystw przemysłowych, Trade Union'ów i t. p. Członek K. ch. może wybrać sobie dowolne towarzystwo, towarzystwo jednak ma prawo odmówić przyjęcia (prócz motywu: wieku) n. p. niektóre towarzystwa przyjmują tylko abstynentów). W 1923 r. było zapisanych w K. ch. zgórą 13,000.000 osób, zaś koszta poniesione przez K. ch. były następujące:

1. Świadczenia za czas choroby	7,224.000 £
2. Świadczenia za niezdolność do pracy	3,494.000 £
3. Świadczenia dla matek	1,420.000 £
4. Pomoc lekarska	7,653.000 £
Razem	19,791.000 £

Koszta administracji wyniosły w tym czasie 4,026.000 £.

Pomoc lekarska.

Sprawami pomocy lekarskiej zajmują się specjalne Komitety gminne jak to było podane wyżej. Komitety te wybierane są przez poszczególne gminy miejskie czy wiejskie (County and County boroughs). Liczba tych komitetów jest 117. W skład komitetu wchodzi od 20—40 osób przyczem 3/5 wybrane być musi z pomiędzy ubezpieczonych, 1/5 z Rady Gminnej, resztę zaś naznacza Ministerstwo Zdrowia z pomiędzy miejscowych lekarzy i aptekarzy oraz kobiet pracujących społecznie.

Każdy ubezpieczony ma prawo do pomocy lekarskiej oraz otrzymania odpowiednich lekarstw.

Wybór lekarza jest wolny. Komitet K. ch. ogłasza listę lekarzy, którzy zgłosili się do pracy jako lekarze K. ch. Ubezpieczony, wybrawszy lekarza zawiadamia o tem komitet, ten zaś lekarza. Lekarz nie może mieć na swojej liście ponad 2.500 osób (ewent. 3.000), chyba, że ma pomocnika asystenta, wtedy może przyjąć jeszcze 1200 osób. W razie śmierci lekarza komitet wyznacza zastępcę, ubezpieczeni jednak mają prawo nie zgodzić się i wybrać kogo innego.

Lekarz płatny jest od osoby 9 szyl. rocznie bez względu na to, czy udzielił więcej czy mniej porad.

Na ogólną liczbę 18.000 lekarzy w Anglji, 12.000 pracuje na listach Kas Chorych, w tem 300 kobiet, przyczem 35% ma poniżej 600 pacjentów, 30% od 600—1200, 21% od 1200—2000, a 14% powyżej 2000.

Dodatkowe wynagrodzenie pobiera lekarz w razie, jeżeli zmuszony jest odwiedzać daleko mieszkających chorych (np. na wsi), przyczem płatny jest po 1 szyl. za 1 milę ang. Jeżeli trudności komunikacyjne są w pewnej miejscowości wyjątkowo trudne wynagrodzenie bywa nieco wyższe.

Lekarz nie ma prawa pobierać specjalnych opłat za jakiekolwiek zabiegi niewykraczające poza zakres wiadomości przeciętnego praktyka, wyjątek stanowi pomoc przy chloroformowaniu za którą otrzymuje 27 zł. O ile jednak lekarz uważa, że leczenie jego wybiega poza ramy przeciętnej praktyki lekarskiej, może żądać dodatkowego wynagrodzenia, musi jednak dowieść, że jest specjalistą w tym dziale medycyny.

W razie skarg, wniesionych na lekarza, skargę tę rozpatruje specjalny podkomitet, złożony z 3 lekarzy miejscowych, 3 członków z pośród ubezpieczonych i przewodniczącego superarbitra. Podkomitet ten w razie uznania skargi za słuszną, może ewentualnie wyrazić naganę lekarzowi lub wyznaczyć karę pieniężną. W razie konieczności zastosowania surowszej kary i wykreślenia lekarza z listy, podkomitet musi odwołać się do Ministerstwa Zdrowia, które jest tu ostatnią instancją. Skargi wogóle zdarzają się bardzo rzadko np. w West-Riding przy dziennym obrocie 10.000 chorych (2% przy pół miljona ubezpieczonych) wniesiono w ciągu roku tylko 10 skarg.

Wydawanie lekarstw.

Ubezpieczona osoba otrzymuje lekarstwa darmo, przytem o ile apteka znajduje się dalej niż o jedną milę ang., może ubezpieczony zażądać od lekarza wydania przez niego lekarstwa. Koszta lekarstw pokrywa Kasa chorych na zasadzie przesłanych przez aptekę rachunków zgodnie z cenami zatwierdzonemi przez Towarzystwo Farmaceutyczne Wielkiej Brytanji. Aptekarz dolicza sobie do lekarstwa 50 gr za wykonanie. W razie, jeżeli lekarstwo przygotowuje sam lekarz, pobiera on po 2 szyl. od pacjenta rocznie.

W razie stosowania przez lekarza nadmiernej liczby lekarstw, lub zbyt kosztownych, Komitet Kasy Chorych może zwrócić się do komitetu lekarskiego danego okręgu o zbadanie sprawy. W razie stwierdzenia nadużyć wyznaczana jest kara pieniężna.

Lekarze Kas Chorych poza swojemi zajęciami obowiązkowemi biorą czynny udział w rozpowszechnianiu zasad higjeny w swych okręgach t. np. lekarze West-Riding wygłosili w 1923 r. zgórą 800 pogadanek w szkołach, zaś Komitet Kasy Chorych rozdał 214.000 egz. specjalnych wydawnictw z zakresu higjeny.

Praca kancelaryjna.

Niezmiernie uciążliwą i kłopotliwą jest praca kancelaryjna w Kasach chorych.

Prowadzenie statystyk, zapisywanie i wypisywanie członków, przesyłanie kart zawiadamiających i t. p. wymaga bardzo licznego i fachowego personalu. Dla przykładu można przytoczyć, że w Komitecie West-Riding tygodniowo wypisuje się koło 1.000 członków i tyleż zapisuje lub zmienia lekarza.

Projekty na przyszłość.

Reasumując powyższe można stwierdzić, że Kasa Chorych w Anglji w zakresie opieki lekarskiej daje możność choremu leczenia się u dowolnego lekarza (ogólnego praktyka) jednak nie daje pomocy specjalnej. Na ostatnich zebraniach zwoływanych przez Ministerstwo Zdrowia sprawa ta wprowadzoną została na porządek dzienny, a prócz niej wprowadzono jeszcze następujące zagadnienia:

1. ułatwienie w stosowaniu metod diagnostycznych takich, jak np. promienie Roentgena, badania laboratoryjne i t. p.,
2. udostępnienie pomocy dentystycznej i okulistycznej,
3. udostępnienie pomocy pielęgniarskiej i masażu,
4. pomoc lekarska przy porodzie,
5. opieka w szpitalach i zakładach specjalnych — wreszcie
6. rozciągnięcie pomocy na rodziny ubezpieczonych.

Dr. J. Bogdanowicz.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Inspektorat lekarski m. stoł. Warszawy. Na stanowisko inspektora lekarskiego szpitali i zakładów dobroczynnych miejskich, po śmierci nieodżałowanego ś. p. dra Zbigniewa Paderewskiego, magistrat powołał dra Władysława Brunera, znanego i zasłużonego lekarza, dotychczasowego lekarza naczelnego szpitala Wolskiego.

x W III. międzynarodowym kongresie miast, w Paryżu, niedawno odbytym, brała udział delegacja miast polskich z prezesem doktorem Józefem Zawadzkim na czele.

x Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. W siedzibie Stowarzyszenia (Widok 23) odbędą się w r. b. posiedzenia ogólne, na których zostaną wygłoszone następujące odczyty: Dnia 30 października zoolog p. Jaczewski: Walka z wężami jadowitemi w Ameryce południowej. Dnia 13 listopada E. Świecimski: Szkoły pracy i obrona kraju. Dnia 4 grudnia major dr. Szulc: Wyżywienie ludności i wojska na wypadek wojny. Dnia 18 grudnia prof. Rybarski: Dwa kapitalizmy: spekulacja — wytwórczość.

Posiedzenia Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbywają się w piątki, o godz. 8-ej wieczorem.

Kraków.

Po pierwszych dniach października obchodzono w szpitalu św. Łazarza uroczystość 40-letniej pracy zawodowej Prymarjusza Dr. Antoniego Krokiewicza. W uzupełnieniu notatki już podanej donoszą nam, że w kancelarji oddziału I. B. składali Jubilatowi życzenia: Dyrektor szpitala dr. Fuchs, Prosektor prof. dr. Ciechanowski, prymarjusze i lekarze szpitalni, personal administracyjny i pielęgniarki. Uroczystość była skromnym wyrazem uznania, czci i wdzięczności, jakiem się Jubilat ogólnie cieszy. Skromny i cichy nie bierze dr. A. Krokiewicz szerszego udziału w życiu, ale cały swój czas i siły poświęca szpitalowi i chorym. Owocem gorliwej pracy jest blisko 150 prac naukowych, które dr. A. Krokiewicz ogłosił w pismach lekarskich polskich, niemieckich i francuskich. Posiadając olbrzymie doświadczenie kliniczne przy gruntownem wykształceniu teoretycznem wykształcił i kształci Jubilat szeregi lekarzy, obdzielając każdego z nich hojnie swą wiedzą. Oto kilka dat z życia Jubilata: W r. 1886 uzyskał stopień Doktora wszech nauk lekarskich, poczem był asystentem przy katedrze anatomji patologicznej U. J. przez 4 lata. W r. 1890 został kierownikiem pracowni chemiczno-bakterjologicznej we Lwowie. W r. 1894 mianowano Go prosektorem szpitala głównego we Lwowie a zarazem zastępuje kierownika oddziału chorób wewnętrznych tegoż szpitala. Od r. 1897 pełni obowiązki prymarjusza oddziału 1. B. (chorób wewnętrznych) szpitala św. Łazarza w Krakowie. Za wzorowe spełnianie obowiązków szpitalnych otrzymał dwukrotnie uznania ze strony b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, zaś w r, 1923 odznaczony został krzyżem Ofic. order. Odrodzenia Polski.

Łódź.

Towarzystwo lekarskie. Posiedzenie naukowe w dniu 21 października 1925 r. Pokaz chorych. — 1. Odczytanie protokołu z dnia 7. października 1925 r. — 2. Kol. A. Margolis. Wydzielanie żołądkowe. — 3. Pokaz preparatów. — 4. Dyskusja nad pokazami chorych i preparatów.

Posiedzenie Seminaryjne w dniu 28 października 1925.

1. Odczytanie protokołu z dnia 23 września 1925 r. — 2. Leczenie zanogcicy (*Panaritium*). Referent kol. L. Dengel. — 3. Leczenie dychawicy sercowej (*Asthma cardiale*). Referent kol. H. Kryszek. Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

W szkole Akuszeryjnej przy sanatorjum »Unitas« z dniem 20 października b. r. rozpoczął się nowy cykl wykładów dla położnych.

Zmarli.

Dr. Albin Kazimierz Schwarz, wiceprezes Tow. Dermatologicznego w Krakowie, zmarł w 61 r. życia.